

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
VITOR STEGEMANN DIETER

A GUERRA PROIBIDA: OS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA DE DROGAS
PROSCRITAS

CURITIBA
2014

VITOR STEGEMANN DIETER

A GUERRA PROIBIDA: OS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA DE DROGAS
PROSCRITAS

Dissertação de mestrado apresentada
como requisito parcial à conclusão do
Mestrado em Direito do Programa de Pós-
Graduação em Direito da Universidade
Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Katie Silene
Cáceres Arguello

CURITIBA

2014

TERMO DE APROVAÇÃO

VITOR STEGEMANN DIETER

A GUERRA PROIBIDA: OS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA DE DROGAS PROSCRITAS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito, Setor de Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Katie Silene Cáceres Arguello
Orientadora

Prof. Dr. Juarez Cirino dos Santos

Prof. Dr. Christiano Falk Fragoso

Curitiba, 27 de março 2014.

“A plan that works even when it fails—a notion that exists only in the drug war.” (Michael Levine, “Deep Cover”, 1990)

RESUMO

As drogas não são proibidas conforme sua periculosidade ou capacidade de abuso, são classificadas apenas por um critério legal, que atende a outros fins não explicitamente declarados na própria lei, mas que são observáveis na história do proibicionismo de drogas. A proibição de algumas drogas é uma política que surge no começo do século XX é gestado principalmente nos Estados Unidos. Essa política não tem por objetivos a saúde pública da população, mas conforme se mostra na história, os interesses de grupos sociais dominantes formados, seja para fins discriminatórios, seja para uma política internacional em seu benefício. A questão, porém, ganha uma dimensão maior quando se é declarada a guerra às drogas no começo dos anos setenta. Trata-se primeiro de uma ampliação da política de tratamento, refundando clínicas de redução de danos e de manutenção na metadona, em conjunto de uma continuação da criminalização, mas agora pela *ideologia de la difereciación* – que imuniza o usuário e persegue o traficante. Em terceiro lugar, os Estados Unidos utilizam deliberadamente da questão da droga para auxiliar seus fins militares durante a guerra do Vietnã. Em quarto lugar, mais sutil, o moralismo do proibicionismo se desloca do protestantismo, como principal fonte, para o paternalismo de pais de classe média estadunidenses. Neste período tornam-se evidentes os quatro fundamentos da proibição de drogas, i.e. a moral protestante e paternalista; a segurança sanitária terapêutica; a segurança pública criminalizatória e; a segurança internacional imperialista. Como um todo essas quatro estruturas formam o proibicionismo como política, que deve ser contraposto ponto a ponto, dentro das suas estruturas.

Palavras-Chave: criminalização das drogas; proibicionismo; legalização

ABSTRACT

Drugs are not restricted according to its risk or abuse capacity, they are classified only by a legal criterion, which serves other purposes not explicitly stated in the law itself, but which are observable in the history of drug prohibition. The prohibition of some drugs is a policy that appears in the early twentieth century and is gestated mainly in the United States. This policy does not aim the public health of the population, but as shown in history, the interests of dominant social groups whether for discriminatory purposes, or for an international policy of their benefit. The question, however, gains a larger dimension when the war on drugs is declared in the early seventies. First of all there is an expansion of the treatment policy, founding clinical harm reduction and methadone maintenance clinics and second, the continuation of criminalization now with the assumption of the *differentiation ideology* – which immunizes the user and chases the dealer. Thirdly, the United States deliberately uses the drug issue to help its military goals during the Vietnam War. Fourthly, more subtle, the moralism of prohibition moves from protestantism to paternalism, which has its main source of supporters among middle-class parents. In this period the four foundations of drug prohibition become evident, i.e. the protestant and paternalistic moral; therapeutic health security goals; criminalization as a public safety goal; and imperialist international security. As a whole these four structures form prohibitionist as a policy that must be opposed, within its structures.

Keywords: drug criminalization; prohibitionism; legalization;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 O NASCIMENTO DO PROIBICIONISMO	11
2.1 O CAMINHO DE SUBSTÂNCIAS DIVERSAS PARA UMA HISTÓRIA PROIBICIONISTA EM COMUM	11
2.2 RUMO À CONSOLIDAÇÃO PROIBICIONISTA INTERNA E EXTERNA	20
3 TUDO TEM QUE MUDAR PARA CONTINUAR IGUAL.....	40
3.1 AS DROGAS PROIBIDAS TOMAM O CENÁRIO MUNDIAL.....	40
3.2 NOVAS DROGAS, VELHOS TEMPOS.....	51
4 FUNDAMENTOS DO PROIBICIONISMO	64
4.1 UMA TEORIA GERAL DO PROIBICIONISMO	64
4.2 O FUNDAMENTO MORAL. JOGANDO A ÁGUA, MAS NÃO O BEBÊ.....	67
4.3 O FUNDAMENTO SANITARISTA: O TERAPEUTISMO E SUA MÃO AMIGA	84
4.4 O FUNDAMENTO DA SEGURANÇA PÚBLICA: DO RACIAL AO ESTRUTURAL	113
4.5 O FUNDAMENTO DA SEGURANÇA INTERNACIONAL: UMA FACA DE DOIS GUMES	135
5 CONCLUSÃO.....	163
6 BIBLIOGRAFIA.....	166

1 INTRODUÇÃO

Ao olhar apenas para título, aparentemente o assunto do presente trabalho são *drogas*, ou seja, aquelas substâncias que agem sobre o sistema nervoso central e que, além de possíveis usos medicinais, têm potencialidade de uso recreativo. Em realidade, não nos dirigimos às *drogas lícitas* – tabaco, álcool, chás, cafés, açúcares etc. –, mas sim àquelas que por condições históricas muito precisas tornaram-se *proibidas*.

Entre drogas lícitas e proibidas não há nada que as separe ontologicamente, isto é, as substâncias, em si mesmas, não são mais ou menos perigosas ou mais ou menos aditivas conforme seu *estado jurídico* – conforme sua situação de legalidade/proibição. Um pesquisador inglês, David Nutt (2012), por exemplo, pontua que anualmente inúmeras pessoas morrem de excesso de ingestão *álcool*, uma droga perfeitamente legal, enquanto não há nenhum caso relatado de morte de droga de LSD, que é uma droga proibida – da qual, conforme estado legal britânico e mundial, não é admissível qualquer uso recreativo ou medicinal.

Potencialmente é mais perigoso para a saúde individual andar de cavalo do que ingerir *ecstasy* (MDMA); a *maconha* é uma droga mais segura para o corpo do que a *heroína*, sem embargo ambas têm o mesmo *status de proibição* – inadmissível uso recreativo ou medicinal. Existem inúmeros exemplos deste tipo que mostram a incongruência da separação jurídica dessas substâncias.

Quem não está acostumado com o debate, ao ouvir comentários como estes, acha logo que se trata de um convite ao consumo destas drogas perniciosas, mas não é nada disso. O uso de drogas (i)lícitas é uma decisão que algumas pessoas tomam, mais ou menos informadas, e que terá consequências diversas sobre sua vida. Essa decisão não é assunto desta dissertação.

O que interessa é saber por que essas drogas são proibidas, por que esse *status jurídico*. O problema é que situação jurídica altera de forma estrutural as relações que as pessoas estabelecem com essas drogas. Esse é o objeto da presente dissertação. As seguintes questões são questionadas, de acordo com essa nova situação jurídica: quais são esses aspectos que são alterados, quem são os beneficiados, quem são os prejudicados, em outras palavras, quais são os fundamentos que reproduzem o proibicionismo de certas drogas.

O objeto está menos no substantivo “drogas” e mais no adjetivo “proibidas”. É nesta segunda parte que queremos trazer uma contribuição para um debate que está em plena ebulição social.

Esta dissertação de mestrado é antes de mais nada uma pesquisa criminológica-crítica. Embora tenha começado como uma pesquisa jurídico-criminológica a necessidade de encontrar uma explicação para o tema exigiu um esforço redobrado na área criminológica e, por enquanto, uma menor atenção na área jurídica. Permanecemos mais atentos às relações sociais conflituosas que surgem a partir do proibicionismo, do que propriamente da situação jurídica de proibição.

Justificativas para tal aproximação são inúmeras. Em primeiro lugar, basta pensar na quantidade enorme de pessoas no mundo presas por crimes relacionados às drogas. Se os últimos vinte anos a humanidade viu crescer exponencialmente a quantidade de encarcerados, é o crime de *drogas* – seja de produção, circulação, venda ou consumo – que mais responde por essa tendência mundial.

Em segundo lugar, é inquestionável a latência do problema da droga no Brasil. Não me refiro ao uso e abuso desenfreado de todo tipo de droga – como o álcool, cigarro, maconha, crack, lança-perfumes etc. –, refiro-me à violência com que está intimamente ligada. O sistema de justiça criminal brasileiro é extremamente violento quando se trata de crimes de drogas – especialmente quando é rotulado de *tráfico*. Poder executivo, legisladores, polícia militar, polícia judiciária, promotores, juízes, desembargadores e agentes carcerários são particularmente insensíveis em selecionar, perseguir e condenar milhares de pessoas – acima de tudo marginalizados – nos crimes relacionados com drogas.

Apenas para exemplificar algumas perversas funções dessas agências estatais: legisladores contribuem para penas altíssimas sem os benefícios permitidos para outros crimes; agências da repressão não só prendem, como assassinam a população negra brasileira por causa da proibição de drogas; inúmeros acusados são presos provisoriamente sem o direito ao devido processo legal; indícios inseguros são aceitos para promoção da denúncia e condenação; desembargadores continuamente interpretam a lei penal em prejuízo dos réus e; o poder executivo, aparentemente sem nenhum remorso, convive com prisões superlotadas, restringindo os acusados de direitos fundamentais.

Por mais bem intencionados que individualmente estejam os envolvidos, a verdade é que cada agência cumpre sua pequena grande parte na escalada da violência estrutural brasileira.

Só que a criminalização das drogas não é apenas fruto de violência estrutural e institucional, ela também desvia o foco dos observadores desatentos. Por violência relacionada às drogas os brasileiros, e boa parte do mundo, estão acostumado a relacionar a violência dos traficantes nas favelas e a dificuldade dos dependentes em lidar com o abuso de droga – rompendo laços familiares e conduzindo a histórias de vida dramáticas. A dimensão dessas formas de violência, embora sérias, é significativamente menor do que a violência estrutural da *proibição de drogas*. Aliás, no caso da violência do tráfico, sua origem é a proibição das drogas – não podemos esquecer das formações das máfias americanas durante a proibição o álcool –, e no caso da dependência, a questão pode ser tratada sem necessidade de *proibição das drogas*.

Portanto, não é menor o efeito ideológico que as drogas têm sobre a “*consciência média*”. O *problema da droga* é uma artimanha política importante que desvia a atenção do problema da **proibição** da droga, ponto inicial que deslancha toda a violência narrada especialmente sobre a população pobre e marginalizada.

Com o intuito de encarar esse problema a presente dissertação de mestrado está dividida em duas grandes parte, uma primeira busca encarar o problema da proibição das drogas com base na matriz histórica e a segunda propõe-se a explicar o proibicionismo a partir de seus fundamentos estruturais, os quais são divididos em quatro.

Nosso problema é envolver estes planos para compreender os fins declarados da política de drogas ilícitas e verificar se correspondem aos fins reais. Portanto, da mesma forma que o cardápio não é a refeição e o mapa não é o território, há uma contradição entre os objetivos declarados e os objetivos reais do controle penal de determinadas drogas. Nosso problema é desvendá-los.

Para tanto algumas hipóteses são ventiladas, nomeadamente: 1) a política de segurança pública de *drogas proibidas* não visa fins médico-sanitaristas; 2) os fins da filosofia-política Proibicionista não são apenas de segurança pública e; 3) a criminalização do uso de drogas constitui etapa necessária para a manutenção da política e filosofia Proibicionista;

2 O NASCIMENTO DO PROIBICIONISMO

2.1 O caminho de substâncias diversas para uma história proibicionista em comum

O *proibicionismo* dirige sua política a algumas substâncias em específico que nem sempre foram proibidas. Essas relações mudaram ao longo do tempo. Das drogas proibidas, a *cannabis*, a *coca* e o *ópio* – este último um suco extraído da papoula – possuem usos muito antigos, enquanto outras, como a *cocaína*, *heroína*, as *metanfetaminas* etc. só surgirão no século XIX em função de significativas descobertas científicas.

Civilizações muito antigas faziam uso de *cannabis* e *ópio*. O Egito antigo, por exemplo, utilizava ambas para fins medicinais. Era comum sua indicação para antissepsia e também para fins ansiolíticos (OLMO, 1975). Ainda na antiguidade, gregos, persas e árabes utilizavam as substâncias para fins médicos semelhantes e outros fins como doenças oculares e diarreias, usos todos conhecidos e ministrados durante anos pela civilização chinesa (PASSETI, 1991, p. 26).

Inclusive a Europa medieval lidava com a *cannabis* de forma medicinal, dentre seus usos, misturando-a com manteiga e usando no tratamento de queimaduras, porém excluindo qualquer uso místico-religioso. Já os egípcios contavam com o *ópio* para fins religiosos, fazendo parte da mitologia egípcia, enquanto os árabes incluíam a *cannabis* para fins bélicos – uma espécie de prêmio para guerreiros que se destacavam (OLMO, 1975, p. 36). Aliás, historicamente a planta da *cannabis* teve muitos usos, especialmente a versão masculina da *cannabis* foi importante para a produção de cordas e tecidos – antes do desenvolvimento de fibras sintéticas (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 231).

A *coca* (*erythroxylum coca*) é planta própria da América, seus usos remontam inúmeras tribos indígenas e civilizações pré-colombianas. Os usos incluíam não só efeitos medicinais, mas também fazendo parte da dieta. Além dos usos místicos-religiosos, mascar *coca* era parte da sociabilidade comunitária (RAMIREZ, 1996, p. 2).

Importante notar que a tradição da Europa medieval influencia o pensamento Europeu colonizador que a princípio buscava “[...] a extirpação dos usos indígenas de drogas sagradas em prol de uma cosmovisão onde o vinho ocupava espaço privilegiado.” (CARNEIRO, 2005, p. 17). A repressão dos usos místicos dessas substâncias tem relação direta com a centralidade do cristianismo no processo de colonização. Drogas, alucinógenas ou não, eram reprimidas sempre que pudessem ocupar o lugar místico ou ritualístico do cristianismo. Por isto, embora o cristianismo pregue o absenteísmo, o vinho é mais tolerado que outras drogas, já que o vinho cumpre um papel religioso significativo na liturgia cristã.

Também não há como negar o papel do protestantismo na noção absenteísta. O protestantismo promove uma disciplina do corpo que é direcionado para o trabalho produtivo. O uso recreativo de drogas é um comportamento inadmissível nessa visão de mundo. “Already, in the 1670s, puritan self-consciousness had turned such experimental pleasures into an illicit pursuit.”¹ (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 219)

O capitalismo dá outro tom a essas substâncias tradicionais. Os impérios – Espanha, Portugal, Inglaterra, Holanda etc. – difundiram as substâncias em vários continentes com fins comerciais (OLMO, 1975, p. 38). É conhecida a exploração lucrativa da Inglaterra com a venda de *ópio* na China. O imenso Império Britânico centrado na *East Indian Company* [Companhia das Índias Orientais] produzia e exportava o *ópio* da Índia para o mercado era a China.

O *ópio* também era consumido na Inglaterra vitoriana e assim como na China seu uso não era bem visto, porém o usuário sofria, quando muito, uma leve repreensão. Para fins medicinais, utilizava-se o *láudano* (um alcaloide extraído do *ópio*) obtido nas farmácias e indicados pelos médicos como analgésico, soporífico e antidiarreico (PASSETTI, 1991, p. 18).

Nos Estados Unidos o emprego da maquinaria permitiu utilizar o trabalho de mulheres e crianças, aumentando o número de assalariados. A absorção da mulher na indústria algodoeira levou-as a substituir a amamentação por soluções à base de *ópio* – pois cumpriam a função de dopar as crianças a noite para não faltar ao

¹ “Já em 1670 o autocontrole puritano tornou esses prazeres experimentais em uma busca ilícita.” (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 219, *tradução nossa*)

trabalho no dia seguinte. Vários xaropes eram utilizados, entre eles *Godfrey's Cordial* (PASSETTI, 1991, p. 33, p. 37).

O Império Português vetava o uso de *ópio* (CARVALHO, 2010, p. 10), mas no Brasil o controle de drogas hoje proibidas só pode ser encontrado a partir do Império. A *cannabis* fazia parte da cultura africana, sendo associada com atitudes dos negros brasileiros que – no imaginário escravocrata – representava uma ameaça para os senhores (FIORE, 2005, p. 263). A Guarda Real de Polícia, instituída com a vinda da coroa, realizará um “policiamento dos costumes” agindo não só sobre o uso, venda e conservação da *cannabis*, mas sobre hábitos africanos em geral.

[...] o Brasil foi o primeiro país do mundo a editar uma lei contra a maconha: em 4 de outubro de 1830, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro penalizava o `pito de pango`, denominação da maconha, no § 7º da postura que regulamentava a venda de gêneros e remédios pelos boticários [...] (BARROS; PERES, 2013)

A *cannabis*, a *coca* e o *ópio* não têm uma história em comum até o começo do século XX. Não fosse a alocação grupal que temos delas hoje, dificilmente encontraríamos padrões naturais comuns do uso dessas substâncias. Cada uma têm particularidades enormes, seguindo sua própria história. Somente situações históricas do final do século XIX criarão condições que unificarão essas substâncias – junto com outras – tornando-as hodiernamente indissociáveis.

A indústria farmacêutica inglesa crescerá exponencialmente a partir de 1851 representando segmento importante da produção industrial do Reino Unido da Grã-Bretanha, as exportações representavam 40% de todos os rendimentos da indústria de medicamentos patenteados (CORLEY, 2013). Porém, a competitiva Inglaterra enfrentará constantes dificuldades da concorrência alemã, líder mundial neste campo. “German scientists were carrying out fundamental research on a large scale, often in conjunction with university departments. [...] German firms exerted weight as dominant members of international cartels for a number of widely-used chemicals.”² (CORLEY, 2013, p. 7).

² “Cientistas alemães realizaram pesquisas fundamentais em uma larga escala, frequentemente em junção com departamentos universitários. Empresas alemãs exerceram peso como membros

Foram descobertas da indústria farmacêutica alemã a *morfina*, a *heroína* e a *cocaína*, os dois primeiros retirados do *ópio* e o último da folha da *coca*. A *cocaína* (*benzoilmetilecgonina*) foi sintetizada pela primeira vez em 1859 por Albert Niemann (STREATFIELD, 2001, p. 58), enquanto a *heroína* (*diacetilmorfina*) – uma *morfina* mais potente – foi sintetizada em 1898.

No início do século XX, drogas hoje proibidas, como a cocaína e a heroína, faziam parte de um lucrativo mercado legal que envolvia interesses de potências do período, suas indústrias farmacêuticas e suas estratégias geopolíticas no globo (RODRIGUES, 2005, p. 293).

O *ópio* – geralmente na forma de láudano – era usado para aliviar sintomas desagradáveis, mas também para tratamento de doenças gastrointestinais como cólera, contaminação alimentar e, inclusive, vermicida. A *morfina* tornou-se uma droga essencial em meados do século XIX, na medida em que era recurso imprescindível para aliviar a dor de ferimentos de guerra e controlar o paciente durante intervenções cirúrgicas.

Em meados do século XIX registrou-se um abrupto aumento no consumo de *ópio* e seus derivados especificamente no território norte-americano, fato não observado em outros países (MUSTO, 1999, p. 5 e 13). Para além do elemento cultural-social da “habituação” da sociedade norte-americana com a *morfina*, *heroína*, *láudano* etc. este fator é significativo pelo lado econômico, pois boa parte da produção de soluções a base de *ópio* não era produzida internamente.

Não existiam regulamentações estadunidenses sobre o *ópio* até 1909, patamar a partir do qual se observa um aumento progressivo no aparato legislativo-federal de controle à substância. Destacamos, porém, que de 1896 em diante, as importações de *ópio* gradualmente diminuíram (MUSTO, 1999, p. 3), o que aponta que a onda legislativa surge exatamente para combater uma substância cujo uso já indicava franca redução social nos Estados Unidos. Em outras palavras, a legislação proibitiva não aparece em função do pânico medicinal ou pelas mazelas sociais geradas pela substância. Outros interesses predominaram nessa primeira onda proibitiva.

Introdutoriamente, pode-se dizer que o *pioneirismo* estadunidense tem origem em três fontes: o exacerbado puritanismo asceta próprio da sociedade estadunidense, a preocupação das elites com as classes ou raças perigosas e interesses econômicos nacionais nas áreas da saúde (CARNEIRO, 2005, p. 259).

No século XIX os grandes impérios disputavam o mundo a unhas e dentes. Não era apenas a Coroa Britânica que estava na corrida imperial, no jogo de disputas territoriais surgem também o Império Alemão e os Estados Unidos pós-Guerra de Secessão.

A vitória do Norte dos Estados Unidos, sob o Sul Confederado, implicou muito mais do que o fim do escravismo. Significou, em primeiro lugar, a inserção dos Estados Unidos em um cenário de produção industrial com força de trabalho assalariada – portanto, sem limites para o capitalismo moderno – ganhando maior impulso na formação de uma moderna indústria de base com fins militares. Em segundo lugar, significou o começo da expansão territorial americana. Esta expansão inicia na “*conquista do oeste*” para depois entrar nas disputas por um império ultramarino, ou seja, contra as potências imperiais do momento.

Tão logo perde força a resistência indígena no oeste americano, ocorrerá a primeira grande guerra entre os Estados Unidos e outra nação em franca decadência imperial, a Espanha. Como consequência da vitória dos Estados Unidos na Guerra Hispano-Americana de 1898, o Caribe e, mais importante, as Filipinas entram dentro do espectro imperial americano.

Nacionalistas filipinos começaram uma luta pela independência contra a Espanha em 1896 e viram-se subitamente em posição de vantagem devido aos combates marítimos entre Estados Unidos e Espanha no Pacífico. Porém, a vitória dos filipinos sobre a Espanha não realizou a tão desejada independência. Assim que o exército espanhol se rende, ele é substituído pelos Estados Unidos que ocupa as Filipinas como colônia sua.

A decisão, muito vantajosa para o agora império estadunidense, era altamente impopular entre o povo filipino que começara a lutar pela sua independência antes da intervenção americana e por conta própria. Enfrentando forte oposição interna o governo norte-americano precisa dar respostas efetivas para manter o controle da nova colônia. A produção de *ópio* era um dos problemas que os Estados Unidos deram particular atenção.

A produção de *ópio* era então centralizada nas mãos do governo metropolitano espanhol e, de outro lado, o consumo de *ópio* entre filipinos, era mal visto entre os nacionalistas porque representava um vício trazido do ocidente para a exploração colonial (SINHA, 2011, p. 7). Com isto em mente, os Estados Unidos proíbem o comércio de *ópio* na ilha com o intuito de ganhar a simpatia dos locais e diferenciar-se da Espanha. O que certamente não foi uma decisão fácil, pois implicava deixar de lado um negócio lucrativo na sua nova colônia.

Em casa, arguíram os americanos que o fumo de *ópio* entre as prostitutas filipinas estaria disseminando o vício entre soldados estadunidenses (MUSTO, 1999, p. 20). É possível, mas mais importante é que a luta pela diminuição do consumo do *ópio* representou um esforço norte-americano para ganhar autoridade moral no território anexado.

William Howard Taft – que será futuramente presidente dos Estados Unidos – foi nomeado governador da ilha em 1903 e convocou o missionário episcopal Bispo Charles Henry Brent para coordenar a *Philippine Commission* [Comissão Filipina] contra o fumo de *ópio*. O Bispo Brent tornou-se famoso por ser um dos maiores defensores filosófico-moral da extinção do *ópio*. Durante os anos seguinte ele viajou praticamente todo o sudeste asiático, entre vários países, o Japão, China (Xangai), Taiwan (Formosa), Vietnã (Saigon) e Singapura, apenas para tentar compreender a abrangência do problema do *ópio*.

As viagens do Bispo Brent permitiram que visse como o hábito do fumo de *ópio* era arraigado entre a população asiática. Muito embora os comerciantes ocidentais reprovassem o fumo de *ópio*, os interesses mercadológicos mantinham um velado assentimento com a lucrativa prática. Horrorizado, Brent sugeriu, em 1904, que todos os países que tinham possessões nessa parte da Ásia, como a Holanda, Alemanha, Inglaterra e demais, realizassem uma conferência internacional sobre o problema do *ópio*.

A medida certamente ganhou simpatia dos países asiáticos, que agora encontravam nos Estados Unidos um aliado para enfrentar a dominação econômica e cultural europeia. De outro lado, os Estados Unidos combatiam uma fonte de lucro dos países europeus na região, diminuindo a influência regional desses países. Se cada país reduzisse a produção ou limitasse as importações, os EUA lograriam por fim ao lucrativo mercado de drogas dominados pelas potências colonizadoras (SINHA, 2011, p. 9-10).

Também havia uma preocupação estadunidense em reatar os laços com a China, um importante mercado em disputa entre as potências ocidentais e de grande interesse para os negociantes norte-americanos (MUSTO, 1999, p. 4). O período anterior tinha sido marcado por tensões entre os dois países, ademais, a China ainda via os norte-americanos como mais uma potência ocidental com vontade de explorar a região.

“A humanitarian movement to ease the burden of opium in China would help his long-range goals: to mollify Chinese resentment against America, put the British in a less favorable light, and support Chinese antagonism against European entrenchment.”³ (MUSTO, 1999, p. 31)

Com alguma insistência, os EUA e diversos outros países, incluindo Inglaterra e China, reuniram-se, em 1909, no *Palace Shanghai Hotel*, no que acabou sendo a “Comissão de Shangai sobre Ópio”. O encontro ensejou a *Declaração contra o ópio*, na qual os representantes acordavam em uma luta conjunta contra o consumo de *ópio* na região. Na Resolução 3, os signatários também concordavam “3. That the International Opium Commission finds that the use of opium in any form otherwise than for medical purposes is held by almost every participating country to be a matter for prohibition or for careful regulation [...]”⁴ (UNODC, 2011).

Mas as resoluções da *Comissão* não representavam mais do que uma reprovação simbólica ao comércio de *ópio*. Tanto a China quanto os Estados Unidos fizeram esforços para elevar o caráter da reunião de “Comissão” para “Conferência”. Se o caráter da reunião fosse de “Conferência” as resoluções teriam um efeito cogente sobre seus signatários, mas estes esforços foram infrutíferos.

A oposição para esta modificação vinha da Inglaterra. É verdade que depois da segunda Guerra do Ópio a Coroa Britânica já conseguia competir com a produção local e, portanto, extrair lucro com seus produtos manufaturados, mas a exportação de *ópio* para China ainda representava importante parcela dos lucros da Companhia das Índias Orientais.

³ “Um movimento humanitário para aliviar o fardo do ópio na China ajudaria seus objetivos de longo prazo: apaziguaria o ressentimento chinês contra os Estados Unidos, colocaria os ingleses em uma luz menos favoráveis e apoiaria o antagonismo chinês contra o entrincheiramento europeu.” (MUSTO, 1999, p. 31, *tradução nossa*)

⁴ “3. Que a Comissão Internacional sobre o Ópio considera que o uso de ópio em qualquer forma além daqueles para fins medicinais é tido por quase todos os países participantes como um tema de proibição ou de cuidadosa regulamentação [...]” (UNODC, 2011, *tradução nossa*).

Incontestavelmente houve influência dos movimentos cristãos para promover o *proibicionismo* nos Estados Unidos, mas precisamos mencionar também que movimentos semelhantes existiam na Inglaterra durante o mesmo período. Movimentos “*anti-ópio*” dirigidos por missionários e líderes cristãos aumentavam a pressão para acabar com o comércio de ópio Índia-China. “Britain justified the trade with arguments that if it were to stop, the British India market share would immediately be absorbed by other producers such as Persia (now Iran) and Turkey, and China would simply increase its domestic opium production.”⁵ (SINHA, 2011, p. 6)

Assim, quando um governo liberal inglês – contra o comércio forçado de *ópio* entre Índia-China – ganhou as eleições, e quando já fora deslançada a forte campanha chinesa contra o fumo e a produção interna de ópio, começou a ser possível uma transigência britânica nesse campo. Por isso, em função de tratados bilaterais, a partir de 1907 já havia uma diminuição da exportação de ópio britânica (em 10% anuais) e uma diminuição da produção interna chinesa. O acordo funcionou melhor do que se imaginava até a queda da dinastia Manchu em 1911, momento a partir do qual os caudilhos regionais chineses encorajam a disseminação da produção local de *ópio* para se financiar militarmente (SINHA, 2011, p. 6).

Importante frisar também que a Comissão de Xangai (1909) pouco teve de caráter realmente internacional. O foco eram os problemas chineses com o *ópio*, cinco das nove resoluções citam nominalmente a China e os Estados Unidos e a Inglaterra dominaram os debates (SINHA, 2011, p. 9).

Com a China desenvolvendo uma produção interna crescente de *ópio*, mas não vendo seu mercado de manufaturados em risco, os britânicos agora podiam aceitar a convocação de uma *Conferência* contra o ópio. Em um habilidoso jogo de aparências conseguem convocar para a mesma conferência não somente o assunto do *ópio*, mas também seus *derivados* e a *cocaína* – estes últimos fontes de receita da indústria farmacêutica alemã.

⁵ “A Inglaterra justificou o comércio com o argumento que se fosse para acabar, a porção do mercado da Índia Britânica seria imediatamente absorvido por outros produtores como a Pérsia (agora Irã) e Turquia, e a China iria simplesmente aumentar sua produção doméstica de ópio.” (SINHA, 2011, p. 6, *tradução nossa*)

Junto com o *lobby* americano, eventualmente 12 países acordaram em realizar uma Conferência em 1911 na cidade de Haia (Holanda) para tratar do *ópio*, *seus derivados e da cocaína*. A Conferência foi presidida pelo Bispo Brent.

O argumento britânico era que se os alemães estivessem dispostos a sacrificar seus lucros com a *cocaína*, *heroína* etc., eles também estariam dispostos a sacrificar seus lucros com o *ópio*. “Britain also hoped that a fair treaty would create a level playing field for British pharmaceutical companies to compete with the dominant German synthetic drug industry.”⁶ (SINHA, 2011, p. 10)

A *cocaína* não possuía uma imagem deplorável no cenário internacional como o *ópio* e não teria tido um tratamento tão severo não fosse a conjuntura, o certo é que a partir de 1914 ambas as substâncias serão tratadas igualmente como “*narcóticos*” ou “*entorpecentes*” e nunca mais se desvincularão dessa união estabelecida nesse período. Tecnicamente somente os derivados de *ópio* são “*narcóticos*” – ou seja, indutores de sono – e todos eles têm efeitos diferentes no corpo humano (MUSTO, 2010).

A Alemanha acabou concordando em comparecer à Conferência. As nações reuniram-se em dezembro de 1911 e ela deu fruto à *Convenção de Haia* de 1912 sobre a *cocaína*, o *ópio* e seus derivados. Esta é a mãe de todas as leis sobre drogas, efetivamente o marco a partir do qual se estabelece um padrão internacional no âmbito de tratados sobre o *proibicionismo*. Ela convocava os países que a ratificaram a controlar todas as fases de preparação e distribuição das substâncias. “Esse acordo tornou-se uma espécie de “matriz” de todas as leis contra entorpecentes do mundo inteiro.” (SCHEERER, 2004, p. 107)

No final da Conferência, porém, uma manobra diplomática Alemã fez com que a Convenção permanecesse em suspenso enquanto todas as quarenta e seis potências mundiais a ratificassem (MUSTO, 1999). Com efeito, para lograr as assinaturas de todos os países, foram realizadas mais duas conferências sobre o *ópio*, em julho de 1913 e em junho 1914, a última apenas três dias antes do atentado do Arquiduque Ferdinand em Sarajevo que desencadeou na Primeira Guerra Mundial.

⁶ “A Inglaterra também esperava que um tratado justo criasse um nível de concorrência equitativa para as companhias farmacêuticas britânicas para competir com a dominante indústria alemã de drogas sintéticas.” (SINHA, 2011, p. 10, *tradução nossa*)

Muito embora quarenta e quatro nações tenham assinado a Convenção, com o advento da Grande Guerra, poucos países efetivamente a ratificaram e apenas cinco nações (EUA, China, Holanda, Noruega e Honduras) criaram algum tipo lei sobre as substâncias. Tendo perdido a guerra, a Alemanha só assinaria o tratado quase uma década depois principalmente porque o Tratado de Versalhes de 1919 impôs a ratificação da Convenção como condição para a paz (SINHA, 2011, p. 11).

O Brasil ratifica a Convenção de Haia em 1914 (Decreto nº. 2.861), mas não cria nenhuma lei interna de fiscalização ou repressão (FIORE, 2005, p. 266). Importante notar como o tratado foi incorporado ao Brasil de forma completamente alienígena, afinal, ainda que, desde os primórdios do Império, a sociedade brasileira visse com maus olhos o consumo de maconha (principalmente por ser utilizada pelos negros), ninguém relacionou o novo tratamento legal dado ao *ópio*, seus derivados e à *cocaína* com o tratamento que se daria à *maconha* alguns anos depois.

Outro aspecto que deve ser notado é que, seguindo a tendência mundial, o Brasil somente colocará em efeito a ratificação da *Convenção de Haia* após o Tratado de Versalhes, legislando sobre o assunto e prevendo pena para os contraventores (por um Decreto-lei de 1921).

2.2 Rumo à consolidação *proibicionista* interna e externa

A indústria farmacêutica, a sua política colonialista e as relações com a China serão os três maiores fatores no cenário internacional que levam os Estados Unidos a aderir e promover tratados internacionais contrários à produção e consumo de *ópio*, seus *derivados* e a *cocaína*. No cenário nacional, os motivos não serão da mesma ordem.

A história fundacional – colonização, independência, guerra civil etc. – dos Estados Unidos têm a marca indelével do *puritanismo*. As principais colônias norte-americanas foram fundadas por protestantes ingleses que radicalizavam preceitos cristãos nas suas práticas, entre a população branca estadunidense destacam-se ainda hoje forte predominância do cristianismo anglicano e calvinista.

Não é por acaso que um Bispo episcopal estadunidense (Bispo Charles Henry Brent) ganhou tanto destaque na comitiva internacional. O apoio moral absenteísta das religiões protestantes foi fundamental neste processo, porém, seu combate direcionava-se não somente o *ópio*, mas também a outros vícios como o *álcool* e a *cafeína*. Para estes radicais religiosos o único caminho a Jesus é a palavra divina, professada nas suas Igrejas. Para além da preocupação com a dependência, substâncias que alteram estados mentais parecem ter o hábito de afastar os fieis da Igreja. Todo o ritual litúrgico gira em torno da expiação coletiva da dor do pecado. Ademais, o *protestantismo* como vertente específica do cristianismo privilegia todas as formas de trabalho produtivo. As *drogas* de uso recreativo são inimigas mortais dessas religiões, pois afasta o homem da purificação que só trabalho pode trazer.

A investida religiosa é muito insistente no tocante à proibição do consumo de qualquer droga, exceto quando ministradas por cuidados médicos. Desde o fim da Idade Média, as Igrejas não são mais detentoras da produção de conhecimento, deste modo não têm mais poder de decisão sobre os efeitos medicinais ou científicos, nesta seara não podem opinar sob o risco de extrapolar a esfera que ainda lhes resta. Logo, rejeitam o uso recreativo das substâncias – fim que conscientemente ou não atinge seus campo e seus interesses –, mas são precavidas quanto a opinar sobre as outras possibilidades.

Em 1847 é fundada a *American Medical Association* (AMA) e em 1852 a *American Pharmaceutical Association* (APhA), ambas representaram um esforço institucional de valorização das profissões da saúde (MUSTO, 1999, p. 13-14). A AMA desde seus primórdios teve mais força, a categoria era mais unida. Já APhA teve maiores dificuldades, porque em seu grupo não haviam somente farmacêuticos no sentido tradicional da profissão, mas abrangia uma categoria muito mais plural e diversificada, como comerciantes, médicos produtores de drogas etc. Igualmente no século XIX era comum que pessoas sem conhecimentos farmacêuticos produzissem seus medicamentos, como era o caso de muitos médicos que além de diagnosticar vendiam remédios produzidos por eles mesmos. Ademais, os farmacêuticos podiam representar desde aquele que produz industrialmente ao que se dedica à pesquisa científica, ou aos simples vendedores de balcão ou de porta em porta.

Em território americano durante todo o século XIX o *ópio* – principalmente seus derivados como a morfina e a heroína produzidos pela Alemanha – eram

vendidos por *peddlers* [mascates] i.e vendedores que passavam de porta em porta oferecendo produtos medicinais sem controle algum e sem necessidade de receita médica.

A AMA repudiava o uso leigo dos derivados de *ópio*, que muitas vezes substituía um tratamento médico mais cuidadoso. O *ópio* mascarava alguns sintomas de doenças que os médicos poderiam tratar, dificultando assim o diagnóstico médico. De outro lado, os farmacêuticos estadunidenses sentiam uma crescente necessidade em valorizar o *profissional farmacêutico*, em oposição a meros varejistas de remédios. Neste entendimento, um profissional farmacêutico é manufaturador do medicamento e não simplesmente um vendedor. Ambas associações, portanto, tendiam a se posicionar contra a venda livre de *habit forming drugs* [drogas formadoras de hábito] fornecidas livremente por mascates ou mesmo recebidos por serviços postais (MUSTO, 1999, p. 13-14).

The APhA frowned on narcotic use for other than medical purposes, and the association's leaders fought proprietary medicines as did the AMA, on both moral and self-interest grounds: they were dangerous, self-medication had inherent risks, and legitimate trade was taken from pharmacists who prepared their own products.⁷ (MUSTO, 1999, p. 15)

Medidas protetivas contra o livre fornecimento destes medicamentos seriam de interesse das duas categorias. Cresceu uma predisposição à proibição de *ópio* e seus *derivados* para usos não medicinais. De modo que a primeira lei que regulará o assunto será a *Pure Food and Drug Act* [Lei de Pureza da Comida e das Drogas] de 1906 (MUSTO, 1999). A lei permitia que qualquer droga considerada perigosa para a saúde do povo norte-americano pudesse ser banida, ampliando o poder de *lobby* das associações americanas – AMA e APhA – em prol de seus interesses. Mas esta lei ainda estava distante do que são as legislações *proibicionistas*, sua característica está mais centrada em uma regulamentação estatal do que em uma proposta de criminalização e extirpação da sua produção e consumo.

⁷ A APhA franzia a testa sobre o uso de entorpecente para outros que os fins médicos e os líderes da associação lutaram contra medicamentos patenteados assim como a AMA, tanto por razões morais quanto de interesse próprio: elas eram perigosas, automedicação tem riscos inerentes e o comércio legítimo era retirado dos farmacêuticos que preparavam seus próprios produtos. (MUSTO, 1999, p. 15, *tradução nossa*)

Outrossim, para além dos interesses religiosos e sanitaristas desenhados encontramos ainda neste período mais uma base para o fortalecimento do movimento *proibicionista*. Tanto o consumo de *ópio* e de *cocaína* era associado com grupos étnico-sociais *indesejados*.

Dada a crescente miserabilidade da população chinesa no seu país de origem, em meados século XIX houve uma forte onda de imigração chinesa para os Estados Unidos. Esta força de trabalho foi utilizada principalmente para a construção de ferrovias transcontinentais que significavam não só a integração do território americano, mas também o escoamento da sua produção. Sem embargo, com a depressão económica (1873-1877), muitos ficaram desempregados.

Diante destas massas pauperizadas, acirram-se preconceitos raciais de superioridade branca em detrimento das outras raças, era o chamado *yellow peril* [ameaça amarela]. O hábito de fumo de ópio foi atacado, mas não somente o hábito de fumo, entre outras coisas, as leis proibiam o uso masculino de tranças – costume chinês que representava o respeito ao imperador – o que demonstra que havia menos a preocupação com a dependência dos imigrantes chineses e mais de políticas racistas. O fumo de ópio trazido pelos chineses destruiria a teia moral que sustenta os bons valores da sociedade americana (MUSTO, 1999, p. 6). Tamanha foi a influência do *yellow peril* que a imigração chinesa nos EUA foi proibida completamente por vinte anos e leis draconianas internas somente serão revogadas com a entrada da China e EUA juntos na segunda guerra mundial quase um século depois.

Neste sentido e visto o panorama internacional, compreende-se porque prévio à primeira Comissão sobre o Opio em Shangai (1909), os reformadores apressaram-se em aprovar uma lei que proibia a importação de “ópio para fumo”; enquanto todas as outras modalidades continuavam sendo permitidas.

Esta foi a primeira lei federal estadunidense aprovada sobre o assunto. A lei não era tão abrangente, mas ganhou nome pomposo a *Opium Exclusion Act* [Lei de Exclusão do Ópio] de 1909. Os reformadores viam nesta última lei uma forma de pressionar outros países a seguir o mesmo caminho, como um meio para adentrar com força no campo internacional de proibição do ópio (MUSTO, 1999, p. 34). Além de certamente representar medida de popularidade entre a população branca interna.

De outro lado, a *cocaína* era temida em uma parte específica do território, no sul do país. Os maiores usuários de *cocaína* nos EUA eram os negros, que também eram alvo de ataque de políticas racistas, as quais procuravam controlar e se possível criminalizar todos os hábitos que pudessem ser perigosos para a sociedade branca (MUSTO, 1999, p. 6).

Assim, o grande salto é dado com a sanção da *1914 Harrison Anti-Narcotic Act* [Lei Harrison Anti-Entorpecentes de 1914], na qual se incrimina a posse da *cocaína* e de *derivados do ópio*, excetuando-se pacientes com prescrição médica, sempre que essas prescrições fossem realizadas de *boa-fé*, “prescribed in good faith” (MUSTO, 1999, p.62). Inicialmente nestes termos houve amplo acordo e apoio da lei por parte das associações médicas (AMA) e farmacêuticas (APhA) já que ampliava tanto seus nichos específicos de mercados quanto seus poderes.

A *Harrison Act* de 1914 encontrou sintonia também na posição norte-americana internacional que pressionava a Inglaterra – em função do lucro com o *ópio* –; a Alemanha – na concorrência com sua indústria farmacêutica – e; que beneficiava a China. Posição internacional vencedora na *Convenção de Haia* de 1912.

Mas tão logo a *Harrison Act* fora aprovada, surgiram divergências no tocante à sua aplicação. De um lado, o Governo Federal insistia que a lei ampliava os seus poderes de polícia, enquanto que, em sentido oposto, a APhA defendia que a lei não dava quaisquer poderes de polícia sobre os profissionais da categoria. Importante destacar que se tratava de um período de forte controle do Estado sobre vícios, como bem demonstra a *Webb-Kenyons Act* de 1913, responsável pela proibição do comércio de álcool entre estados norte-americanos. Isto demonstra o vigor do movimento *proibicionista* da época (MUSTO, 2010). É nesse contexto que o *Bureau of Internal Revenue* [Secretaria da Receita Federal] – responsável pela aplicação da *Harrison Narcotic Act* – decide por uma visão mais rigorosa.

It [the Bureau of Internal Revenue] prepared to bring actions against druggist and physicians as well as addicts who were violating the bureau's understanding of the *Harrison's Act's moral principle*—that taking narcotics for other than medicinal

purposes was harmful and should be prevented.⁸ (MUSTO, 1999, p. 64, grifos nossos)

Por outro lado, a comunidade médica (AMA) convergia com o entendimento do *Bureau* sobre a lei. A prescrição médica da *cocaína*, do *ópio* e de seus *derivados* era mal vista pela comunidade médica dada a crença de tratar-se de substâncias que criavam uma predisposição à insanidade e ao crime. Essa crença decorria de sua associação com minorias, assim como ocorria com o *álcool*. Enquanto a *cocaína* era associada com os negros, o *ópio* com os chineses e a *morfina* com as prostitutas, o *álcool* era associado com os imigrantes europeus proletarizados (MUSTO, 1999) como irlandeses e italianos. Nestes casos, o movimento *proibicionista* tinha um importante aliado, a *Anti-Immigration League* [Liga Anti-Imigração].

De toda forma, do período em que o controle das prescrições repousou exclusivamente nas mãos dos profissionais da saúde, a busca pela cura da dependência foi fruto de grandes debates. Inicialmente, os profissionais dividiam suas opiniões entre um tratamento por *maintenance* [manutenção] ou *withdrawal* [afastamento]. Desde o século XIX existiam clínicas de tratamento para dependentes, porém a definição de dependência como doença foi uma das grandes batalhas no período pós-*Harrison Act*: alguns médicos, com base nos efeitos físicos que o afastamento da droga produzia, consideravam-na uma doença e, deste modo, o justo era prover *maintenance* do dependente na droga. Porém, o Governo Federal e a Suprema Corte, em 1919, manifestaram forte oposição a este entendimento (MUSTO, 2010).

Na busca pela cura, o método mais aceito e visto com bons olhos pela opinião pública era do *afastamento total e completo da droga*. Médicos de todo tipo criavam fórmulas mágicas que curavam a dependência, um dos mais entusiastas foi Dr. Charles B. Towns, que prometia alcançar a cura completa da dependência em pouquíssimos dias com substituição provisória por outras drogas e completo afastamento desde o primeiro dia. Tendo o aval do presidente Roosevelt, o Dr. Towns

⁸ Ela [a Secretaria da Receita Federal] preparou-se para promover ações contra farmacêuticos e médicos, bem como os dentes que violassem a compreensão da Secretaria do *princípio moral da Harisson Narcotic Act* - tomar drogas, exceto para fins medicinais, é prejudicial e deve ser evitado. (MUSTO, 1999, p. 64, grifos nossos, *tradução nossa*)

durante os primeiros anos do século XX até a década de vinte, cumpriu um importante papel na complexa arquitetura do *proibicionismo* norte-americano. O médico logrou resolver o problema do que fazer com os dependentes. “If a cure indeed existed, the prohibition of narcotics for simple addiction maintenance or pleasure [...] could be classified as a routine public health measure.”⁹ (MUSTO, 1999, p. 81)

Um dos médicos que aplicava o método de Towns, Dr. Lambert, descrevia que após o tratamento a maioria (80%) dos pacientes dependentes em morfina não sentia mais prazer no uso da droga, em uma média de cinco a seis dias! Sua proposta não era de imediato afastamento, mas de um afastamento dos narcóticos em um período que se eliminasse a substância do organismo. (PELLENS; TERRY, 1970, p. 555). Mesmo hoje após muitas pesquisas e avanços científicos dificilmente qualquer médico consiga prometer “curar” 50% dos pacientes dependentes, ainda mais com um método tão curto e simples.

O método de Towns era pura fanfarronice, médicos e tratamentos desse tipo sempre existiram. O que importa, porém não é a falsidade da proposta, mas a repercussão e aceitação que tinha, por mais pouco efetivo que fosse esse *tratamento*. Em outras palavras, os argumentos de Towns foram facilmente incorporados pelo governo e pelos médicos porque representava a posição oficial maniqueísta de que o melhor tratamento para o vício é o afastamento.

Não é por acaso que de forma progressiva os tratamentos médicos circunscreveram-se no isolamento do paciente da droga e as clínicas de manutenção perderam o apoio da sociedade até serem completamente extintas antes da década de trinta. Com o devir do tempo essa cura milagreira do Dr. Towns foi acusada de charlatanismo e, anos depois, o seu método foi execrado com unanimidade pela comunidade médica por “ineficácia do tratamento e exagero dos resultados” (PELLENS; TERRY, 1970). Em síntese, os múltiplos tratamentos de *cura da dependência* pelo afastamento, fossem bem intencionados ou não, estiveram fadados ao fracasso. Pellens e Terry (1970), ao revisar todos os tratamentos existentes até 1928, mostram que mais do que efetivamente tratar os pacientes, os

⁹ “Se a cura de fato existisse, a proibição de entorpecentes para simples manutenção da dependência ou prazer [...] poderia ser classificado como uma medida rotineira de saúde pública.” (MUSTO, 1999, p. 81, *tradução nossa*)

esforços médicos giravam em torno de afastar o paciente da droga e concluem gravemente denotando procedimentos pouco empíricos ou racionais:

The most apparent conclusion to be reached from the material reviewed is that, for the most part, the treatment of this condition has not emerged from the stage of empiricism. The various methods described in general indicate that the basis of the majority of them is merely the separation of the patient from the drug. Very few of those who have described the details of treatment have given a rationale for their procedures, but rather have outlined dogmatically the adoption of certain measures, whose primary object is the withdrawal of the drug and have stated or left the reader to infer that the completion of the procedure brings about cure.¹⁰ (PELLENS; TERRY, 1970, p. 627)

Só que a *Harrisson Act* vai dar um fôlego sem dimensões ao *proibicionismo*. Quanto mais se aplicava a nova lei, maior publicidade ocorria de casos de usos de drogas. Quanta mais publicidade, maior exigência da aplicação da lei. A *Harrisson Act* inaugurou uma característica típica das leis de *proibicionistas*, a insaciabilidade. Essa insaciabilidade tem um ponto de origem, a partir do qual ela mesma começa a se reforçar como um sistema fechado.

[...] se trata del proceso por el cual el sistema produce una realidad conforme a la imagen de la cual parte y que lo legitima. Podemos simbolizar este proceso con una espiral: cuanto más se abre, más cerca está la realidad de la imagen inicial dominante del sistema.¹¹ (BARATTA, 2004a, p. 112-113)

Se a imagem inicial dos *entorpecentes* é a de imoralidade, exploração, dependência e periculosidade, esta representação será reforçada e legitimada na medida em que a lei é implementada.

¹⁰ A conclusão mais evidente alcançada a partir do material analisado é que, para a maior parte dos casos, o tratamento desta condição não saiu da fase empírica. Os vários métodos descritos em geral, indicam que a base da maioria delas é meramente a separação do paciente da droga. Muito poucos daqueles que descreveram os detalhes do tratamento deram uma racionalidade para os seus procedimentos, mas antes esboçaram dogmaticamente a adoção de determinadas medidas, cujo objeto primeiro é o afastamento da droga e afirmaram ou deixaram para o leitor inferir que o a conclusão do processo conduz à cura. (PELLENS; TERRY, 1970, p. 627, *tradução nossa*)

¹¹ [...] trata-se do processo pelo qual o sistema produz uma realidade conforme à imagem da qual parte e que o legitima. Podemos simbolizar este processo como um espiral: quanto mais se abre, mais perto está a realidade da imagem inicial dominante do sistema (BARATTA, 2004a, p. 112-113, *tradução nossa*)

Assim foi nos Estados Unidos, quanto mais repressão, mais medidas enérgicas são exigidas pela opinião pública contra mascates vendedores de narcóticos. Gradativamente somente restaria o monopólio dos médicos de prescrever *entorpecentes* e, portanto, foco das animosidades públicas contra as drogas. Consequentemente médicos que insistem em usar *entorpecentes*, mesmo que para fins medicinais legítimos, serão vítimas de investidas intensas dos órgãos de controle governamental. (MUSTO, 1999, p. 107).

Nesse período de transição entre a *regulamentação medicinal* e *proibicionismo absoluto* o quadro desenhado foi o seguinte: apenas os usuários que tinham dinheiro suficiente para ser atendidos nos consultórios médicos podiam receber narcóticos – com prescrições médicas – sempre que precisassem de uma nova dose; enquanto os consumidores pobres não tinham a quem recorrer, senão aos mascates ilegais. Mas, mesmo sendo prescritos de e para classes mais abastadas, a prescrição de *entorpecentes* era mal vista. Usava-se a denominação pejorativa *dope-doctors* [médicos-narcotizadores] para referir-se a esses médicos, que representavam um pequeno grupo da categoria.

Como se não bastasse um novo argumento para a proibição foi utilizado. Após a Revolução Russa de 1917, espraia-se um medo dos *vermelhos* em toda sociedade norte-americana. Grupos nacionalistas associavam o uso de *narcóticos* a uma falha moral que representava uma ameaça à nação, eram inimigos dos Estados Unidos, na mesma medida em que o era o comunismo (MUSTO, 1999, p. 133-134). Ambos representavam condutas antissociais, moralmente inaceitáveis, como o deixou claro a decisão do caso Webb v. U.S.¹² na Suprema Corte em 1919, proibindo qualquer tipo de manutenção e fornecimento ambulatorial de morfina a dependentes.

Nesse contexto – em que o uso de *opióides* e *cocaína* girou de um mero hábito vicioso para uma assustadora doença, da qual os médicos não tinham resposta de tratamento efetivo – a Secretaria de Saúde Pública (PHS) concluiu que

¹² O caso Webb v. U.S. de 1919 tratou de um médico do Tennessee que prescrevia morfina para pessoas dependentes, de modo a que não sofressem os efeitos da síndrome de abstinência. A Corte Suprema entendeu que um médico só pode prescrever *entorpecentes* na proteção da *Harrison Narcotic Act*, desde que seja para fins de afastar o dependente da droga. A Corte Suprema, ao fazer isto, imiscuiu-se em tema alheio, ou seja, no melhor tratamento para o dependente, esta decisão deveria vir de pesquisas médicas e não de opiniões políticas. A decisão de que o único tratamento possível é o afastamento não representa avanço médico, mas posicionamento político moralizador da sociedade.

a resposta não residiria no âmbito médico, mas na rigorosa aplicação da lei (MUSTO, 1999, p. 146). Demonstrando mais uma vez que por trás do argumento da saúde pública, desenvolve-se na *Harrison Narcotic Act* menos preocupações sobre a *dependência* e mais sobre outros interesses não manifestos.

Na medida em que a *Harrison Narcotic Act* é implementada os muitos elementos que estavam presentes na criação da lei, tornam-se pouco importantes posteriormente, enquanto outros se tornam essenciais na sua manutenção. Neste momento os elementos do *proibicionismo* assentam-se definitivamente. Falta apenas um órgão oficial capaz de articular organicamente esta política.

Foi assim que logo em 1919 após a aprovação da 18ª Emenda Constitucional – emenda que proibia a produção, venda e distribuição de álcool – e a *Volstead Act* – criava medidas para a efetivação da emenda constitucional – formou-se um órgão conjunto de repressão *proibicionista*. Este órgão chamou-se *Prohibition Unit* [Unidade do Proibicionismo].

A unidade era composta por dois braços principais, um associado ao controle das bebidas alcóolicas (*Alcohol Tax Division* [Divisão de Impostos sobre o Álcool]) e outro ao controle dos narcóticos (*Narcotic Division* [Divisão de Entorpecentes])¹³. A *Narcotic Division*, foi encabeçada por Levi G. Nutt de 1920 até 1930 e foi fundamental no combate às prescrições médicas e tornando-se altamente impopular entre profissionais da saúde (MUSTO, 1999, p. 148).

Junto com a *Narcotic Division*, movimentos sociais *proibicionistas* (*Prohibition movement*) foram excelentes formas de propagandear o *perigo* dos narcóticos, sem receios de distorções e exageros. Dentre vários grupos destacou-se o *Narcotic Education Association* [Associação de Educação em Entorpecentes], fundado em 1923 por um ex-militar, Richmond Hobson (MUSTO, 1999, p. 190). Hobson era ótimo orador e nos seus costumeiros discursos nas rádios definia o dependente como o portador das doenças do vício. Nas suas arguições públicas, no rádio, em congressos etc., dizia que da questão dos degenerados que consumiam drogas repousava o destino da raça humana e, inclusive, do mundo.

¹³ A *Narcotic Division* em 1930 separou-se do Bureau of Prohibition, tornando-se o Federal Bureau of Narcotics. Este será o primeiro formato do que é hoje a DEA (Drug Enforcement Administration) com mais de um bilhão de dólares de orçamento anual.

A síntese de todos estes fatores levou a um aumento nas condenações por drogas de 1.000 entre 1916-18 para 10.000 de 1925-26 (OLMO, 1975, p. 52).

Em meados dos anos vinte toda a pressão contra os médicos e farmacêuticos – processos, perda de licenças médicas, exposição pública etc. – os faz reduzir ao mínimo ou até eliminar o uso de *ópio*, seus derivados e a *cocaína*. De modo que não foi um problema para o Congresso dos Estados Unidos em 1924 sancionar uma lei que proíbe a importação de *ópio* para a manufatura de *heroína*; aliás, a posse de *heroína* como um todo foi explicitamente proibida (1924 *Heroin Act* [Lei da Heroína de 1924]). A lei contudo era completamente desnecessária, dado o progressivo abandono do *ópio* e seus derivados, a melhor explicação para a criação dessa nova legislação está no cenário internacional.

No fim da primeira guerra mundial (1914-1919) foi fundada a Liga das Nações, que por sua vez criou o Comitê Consultivo do Ópio (em inglês, OAC), órgão responsável pela administração do controle de drogas. Os Estados Unidos pressionam a Liga das Nações para convocar uma nova conferência sobre o assunto, a *Convenção de Haia* de 1912 tinha efeitos limitados no contrabando de *ópio* e aumentava a manufatura de *entorpecentes* no leste asiático (SINHA, 2011, p. 11-12).

O deputado republicano Sephen G. Porter sabia que a proibição de narcóticos para usos não medicinais ou científicos era tema controverso pelas nações que possuíam colônias no oriente e a lei seria apenas um passo para a proibição internacional. “An American statute against heroin was only the first step; the goal was worldwide manufacture.”¹⁴ (MUSTO, 1999, p. 201). Os interesses norte-americanos direcionavam-se a um programa mais amplo do proibicionismo no cenário internacional e deveriam dar o exemplo.

Armados com o exemplo doméstico, os americanos vão às duas Convenções de Genebra (1924 e 1925). Na primeira Convenção de Genebra de 1924 fica estatuído que os signatários vendessem *ópio* tão somente mediante monopólios estatais e suas transações deveriam cessar em um prazo de 15 anos. Já a segunda Convenção (1925) era mais abrangente – também no tocante às drogas reguladas. A Convenção Internacional do Ópio (nome da segunda

¹⁴ “ Um estatuto americano contra heroína era somente o primeiro passo; a meta era a manufatura mundial.” (MUSTO, 1999, p. 201, *tradução nossa*)

Convenção de Genebra) impôs controle sobre uma variada gama de drogas, incluindo, pela primeira vez, a *cannabis*.

O resultado de ambas é um aumento do controle internacional administrativo. É criado um sistema que limita a importações de *drogas* nos países signatários e um sistema de monitoramento estatístico dos países (SCHEERER, 2004, p. 107) em termos de estoques de *drogas* (mais focados no *ópio*, *coca*, *heroína*, *morfina* e *cocaína*). Os EUA, porém, não se sentiram satisfeitos e nunca assinaram nenhum dos tratados. A razão não era a discórdia em relação ao conteúdo, mas sim com o fato que a política internacional dos Estados Unidos era não reivindicar a Liga das Nações como organismo de articulação internacional, mais tarde, terão de rever esse seu posicionamento (MUSTO, 1999).

Os EUA não podendo agir dentro da Liga têm a necessidade de formar um novo órgão que tivesse responsabilidade nacionais e internacionais no tocante à proibição de *drogas*. Dá-se forma então ao *Federal Bureau of Narcotics* (FBN) [Secretaria Federal de Entorpecentes]. Como diretor chefe entra Harry J. Anslinger que permanecerá no cargo por trinta e dois anos (até 1962), influenciando sobremaneira a política criminal *anti-drogas* nos Estados Unidos, todos os países que nela se inspiraram e, inclusive, as legislações internacionais. (MUSTO, 1999, p. 207). Anslinger será uma das peças chaves no *proibicionismo*, e em toda sua carreira manteve a crença de que a forma de manter a cruzada contra as *drogas* – incluindo o *álcool* – era de investir em sanções penais mais do que em enfoques sociais, sanitaristas ou psiquiátricos, ou seja, em altas penas criminais e controles administrativos mais severos (MUSTO, 1999, p. 212).

Fora da Liga das Nações, os Estados Unidos entrarão em uma onda de Convenções e Conferências. Serão duas na década de vinte (as Convenções de Genebra), três na década de trinta e duas na década de quarenta. Na década de trinta, por exemplo, a *Limited Convention* [Convenção Limitada] de 1931 não almejava ir para além das Convenções de Genebra, mas aumentar a quantidade de países signatários (SINHA, 2011, p. 13). Nesta Convenção algumas regras ficam mais claras, cada país deveria dizer suas necessidades das *substâncias* – para fins medicinais e científicos – e o Comitê Central calculava os limites de manufatura para os signatários (SINHA, 2011, p. 13-14). O foco era instituir uma regulamentação completa da indústria e do comércio uniforme pelo mundo inteiro, um sistema de *economia dirigida* que permanece, com outros nomes e comitês, funcionando até os

dias atuais (SCHEERER, 2004, p. 107). Para Sebastian Scheerer (2004), este modelo estruturado a partir da 2ª Convenção de Genebra de 1925 e do Acordo de Limitação de 1931 é completamente falho:

É permitido duvidar do senso de realidade dos representantes dessa economia dirigida. Qualquer pessoa de fora sabe perfeitamente que a economia dirigida vem sempre acompanhada de um irmãozinho menor que, no início, apenas procura acompanhá-la, mas depois a suplanta com o seu crescimento acelerado. Seu nome é mercado negro. (SCHEERER, 2004, p. 108)

De outro lado, a *Trafficking Convention* [Convenção do Tráfico] de 1936 representa um momento nodal na política de drogas. Todas as convenções anteriores lidavam com o comércio legítimo enquanto esta tornou estas atividades crimes internacionais incluindo neste rol *ópio*, a *coca* e a *cannabis* (SINHA, 2010, p. 15-16). Aslinger almejava mais, queria a criminalização internacional de todas as atividades dessas substâncias, incluindo a produção, manufatura e distribuição. Insatisfeitos, os EUA não assinaram a Convenção de 1936.

Aproveitamos a oportunidade para entrar em outro campo que não ainda não pudemos desenvolver. Como mencionado a *cannabis* já era objeto do *all seeing eye* [olho que tudo vê] do *proibicionismo* internacional, mas essa tendência existia nos Estados Unidos? Em realidade verificar essa tendência interna é relativamente simples, a questão que intriga é entender que fenômenos levaram a essa tendência e se são os mesmos das outras drogas perseguidas: *ópio e seus derivados* (principalmente *morfina e heroína*), *cocaína* e *álcool*.

Nos Estados Unidos a planta de *cannabis*, conhecida como *hemp*, era a utilizada para muitos fins, desde fazer cordas, roupas, óleo para lamparinas, até imprimir papel – com papel de *hemp* foi assinada a declaração de independência americana e era impresso o papel-moeda do dólar. Em termos medicinais era considerado o melhor remédio contra enxaquecas, prescrita para diversos tipos de dores, como náusea, dores de parto e reumatismo. Eram feitas também balas de *cannabis* para crianças. O uso medicinal era comum, mas o uso recreativo ainda era raro.

Também havia um preconceito com os consumidores de *cannabis*, direcionado àqueles que a fumavam. Atualmente a *cannabis* é quase uma drogas sem classe social, seu consumo é distribuído por todas as camadas da sociedade,

até então, principalmente no começo do século XX o fumo de *cannabis* (mais difundida como *haxixe*) era concentrado em uma população específica: imigrantes mexicanos. Estes imigrantes começam a vir em peso para os Estados Unidos depois da Revolução Mexicana de 1910. Porém é razoável afirmar que a droga teve alguma difusão entre os negros norte-americanos, fazendo parte da cultura *jazz*.

Os tempos mudaram e hoje muito da campanha *proibicionista* contra a *cannabis* soa cômica. O fato de o seu consumo ter se difundido faz com que haja um imaginário coletivo da *cannabis* mais próxima do que ela representa. Não é esse o caso das outras drogas como o *crack*, a *heroína* etc. e também não era o caso da *cannabis* até os anos sessenta. Naquele período a campanha oficial do governo era que os jovens não fumassem *cannabis*, dizia-se que o fumo dessa droga tornava os sujeitos dementes, irrecuperáveis, loucos, sodomitas, que sem controle de si mesmos saíam pela sociedade estuprando e assassinando jovens moças de boas famílias (OLMO, 1998, p. 13).

Apenas para ter uma ilustração, o filme *Reefer Madness* [A Demência do Cigarro de Maconha] de 1936 apresenta jovens brancos de ensino médio que são enganados por vendedores a consumir *maconha* e por causa desse consumo saem violentamente pelas ruas atropelando pessoas, assassinando aleatoriamente, suicidando-se, estuprando até entrar à completa demência mental. O filme foi financiado pelas agências governamentais estadunidenses e na abertura do filme letras garrafais avisam:

O filme que você está prestes a assistir pode lhe surpreender.
Não seria possível, de outra forma, enfatizar suficientemente o terrível custo da nova
ameaça de drogas que está destruindo a juventude da América em números
crescentes.

A Marihuana é essa droga – um violento entorpecente – uma praga impronunciável
– o verdadeiro inimigo número um.

Primeiro vem uma incontrolável vontade de rir; depois alucinações – o espaço
expande-se – o tempo fica mais lento, quase parando... ideias fixas vêm a seguir
invocando extravagâncias monstruosas – seguido de desequilíbrios emocionais, a
total perda da habilidade de direcionar os pensamentos, a perda de todo poder de
resistir às emoções físicas... levando finalmente a atos de impactante violência...
terminando frequentemente em incurável insanidade mental.

As cenas e incidentes, embora fictícios por propósitos de narrativa, são baseados
em pesquisas reais do resultado de dependência na *Marihuana*.

Ainda que houvessem algumas legislações estaduais a partir de 1911 banindo o consumo de *cannabis*. A planta *cannabis* não tinha sido fruto de grandes

preocupações nos Estados Unidos até o final da primeira guerra mundial. De fato, a *Pure Food and Drug Act* de 1906 exigia que o uso da planta estivesse exposto no rótulo dos medicamentos que a utilizavam, mas a *Harrison Narcotic Act* de 1914 não tinha tratado da droga no seu rol de substâncias proibidas – muito embora houve debate legislativo sobre a inclusão da droga (MUSTO, 1999, p.216).

No período da aprovação da *Harrison Act*, legisladores dividiram-se na discussão se a *cannabis* deveria estar entre as substâncias proibidas, mas as associações farmacêuticas afirmavam que era desnecessário por não se tratar de uma *habit-forming drug* [droga formadora de hábito] como o *álcool*, o *ópio*, a *heroína* e a *cocaína*, e que, ademais, era importante para as indústrias farmacêuticas na manufatura de vários medicamentos (MUSTO, 1999, p.216-217).

No começo do século, a preocupação levantada por alguns legisladores no sentido de incluir a *droga – cannabis* – era que havia uma demanda nos bairros compostos por imigrantes sírios em Nova Iorque, os quais a consumiam da mesma forma que os chineses usavam o *ópio*, fumando-a. Cite-se também que durante as negociações com a Liga das Nações, delegados norte-americanos argumentavam que o controle era necessário porque muitos indianos que a consumiam na Califórnia estavam induzindo o hábito na população branca (MUSTO, 1999, p. 218). Porém, a lei federal só veio a ser implementada na segunda metade da década de trinta, influenciada por alarmes emanados principalmente dos estados próximos do México – como a Califórnia.

Como mencionado a imigração mexicana aumentou a partir de 1910 – ganhando força durante a década de 20 – sendo utilizada como força de trabalho para fazendas. Já desde o começo da imigração, havia um forte medo da maconha e dos seus consumidores mexicanos, mas a ápice dessa situação irrompeu-se com a deflagração da crise de 1929, quando os mexicanos deixaram de ser bem vindos para tornarem-se excesso de mão-de-obra em regiões devastadas pelo desemprego (MUSTO, 2011, p. 219-220).

O período prévio à aprovação da lei federal de 1937 foi chamado de *Marihuana Scare* [Medo da Maconha]. A droga foi exposta por autoridades sanitárias, legisladores e religiosos como uma das piores ameaças à ordem e à segurança pública, pois levaria ao cometimento de crimes, a orgias sexuais e inclusive à insanidade (MUSTO, 1999, p. 219). Preparado o cenário econômico e articulada a opinião pública é aprovada a *Marihuana Tax Act* [Lei de Imposto sobre a

Maconha] em 1937, quatro anos após o fim do *proibicionismo* do *álcool* – por outra emenda constitucional em 1933. A nova lei de taxaçaõ colocará a *cannabis* em um estatuto semelhante aos *entorpecentes* – proibidos pela *Harrison Narcotic Act* de 1914.

Diferente das drogas incluídas na *Harrison Narcotic Act*, a *Marihuana Tax Act* não foi promovida atendendo os interesses das classes farmacêuticas e médicas. É verdade que sua aprovação não constituiu um golpe, os remédios com extrato de *cannabis* não eram patenteados e, portanto, não constituía alto interesse farmacêutico a manutenção da fórmula. Por outro lado, a sociedade médica parecia não ter uma opinião definida em contrário, poucos eram os médicos que se posicionavam contrários à venda livre de *cannabis* – entre eles o Dr. Towns (MUSTO, 1999, p. 217) –, mas a grande maioria não tinha uma incontestada opinião contrária.

É difícil imaginar a aprovação da *Marihuana Tax Act* sem considerar o pavor criado pelos trabalhadores braçais mexicanos – conforme Aslinger “racialmente inferiores” –, por isso internamente este deve ser um fator importante a ser considerado. Mas não pode se deixar notar que a lei somente conseguiu ser aprovada pós a Convenção de 1936 (*Trafficking Convention*). Importante lembrar que os EUA não assinaram a Convenção por causa da sua posição política na Liga das Nações – não eram membros – e também por sentirem-se insatisfeitos por não considerá-la rígida o suficiente. Agora em casa eles teriam que dar o exemplo. Nesse sentido é impossível deixar de notar que Herbert L. May – membro do Conselho Permanente Central do Ópio da Liga das Nações – tenha participado do memorando original com base na qual a lei foi proposta.

Já em 1930 a Liga das Nações começou a questionar a ênfase no regime de proibicionismo internacional e a discutir a necessidade de tratar o tema mediante um enfoque de saúde pública e educação, Aslinger consegue bloquear todas essas propostas sócioetiológicas (SINHA, 2011, p. 16). A II Guerra Mundial representa uma radical diminuição nas rotas de importações de ópio, tanto do Irã quanto da Índia. Ironicamente em antecipação à guerra boa parte dos países farão um estoque de *ópio* para fins medicinais (SINHA, 2011, p. 16),

O fim da guerra significou uma série de emendas às Convenções para concentrar o controle na nova organização internacional criada: a ONU. O primeiro protocolo de emendas foi assinado em *Lake Success, NY* em 1946. O Conselho

Econômico e Social (ECOSOC) da ONU criou um órgão *Commission on Narcotic Drugs* [Comissão de Entorpecentes] (CND). Este órgão é até hoje o herdeiro das antigas organizações OBC/OAC/PCOB da Liga das Nações. Aslinger pretendeu com esta organização colocar um enfoque que excluísse abordagens médicas ou sociológicas, os membros deveriam ser agentes que dessem precedência ao foco *proibicionista* (SINHA, 2011, p. 16-17). Mesmo assim remanesceu à *WHO Expert Committee on Drug Dependence* [Comitê de Especialistas em Dependência de Drogas da OMS – Organização Mundial de Saúde] a importante responsabilidade de decidir quais substâncias deveriam estar sob controle da ONU. Esta autoridade foi outorgada à OMS pelo *Protocolo de Paris em 1948* (SINHA, 2011, p. 17).

Enquanto a Liga das Nações foi um fracasso internacional, a ONU sobreviveu à Guerra Fria e é o único órgão internacional de alguma forma representativo às nações. Desde o início do *proibicionismo*, no campo internacional, o maior desafio era conseguir um órgão centralizado, permanente e internacional. A ONU consegue realizar esta meta. Ainda hoje a estrutura fundamental gira entre o ECOSOC, a OMS e, desde 1999, na UNODC (Programa das Nações Unidas para o Crime e as Drogas).

Um grande problema que permanecerá será a cogência da regulação dos estoques de cada país, já que o desenvolvimento da guerra fria levou os países a manter grandes estoques de *ópio*.

No cenário interno estadunidense duas tendências foram reforçadas. A primeira de menor duração será uma dispersão de um segundo medo aos comunistas, na época promovido pelo senador Joseph McCarthy, o chamado *McCarthyismo* (1947-1957). Semelhante ao primeiro *Red Scare* de 1919-1921, desta vez se acusará aos comunistas de trazer a praga do *ópio* para os Estados Unidos. Só que os comunistas agora eram os chineses que tinham acabado de realizar uma revolução interna. As acusações à China eram de tentar lucrar com o *ópio*, destruir a civilização ocidental e clandestinamente trazer grandes quantidades de heroína para traficantes estadunidenses. (MUSTO, 1999, p. 231).

A segunda tendência será o aumento das sanções penais para os usuários de drogas. Uma primeira lei, sancionada em 1951, entusiasticamente apoiado pelo congressista Boggs e a segunda pelo senador do Texas, Daniel, sancionada em 1956 (MUSTO, 1999, p. 231). As maiores penas foram impostas com a *Narcotic Control Act* de 1956, que impunha uma pena mínima de 5 anos para a primeira

ofensa e 10 anos para todas as subsequentes. (CAMPBELL, 2011). A tolerância à dependência era pela opinião pública atacada como uma perigosa fragilidade de pessoas com coração brando ou mal informadas, pelo menos alguns deveriam ter intenções maldosas (MUSTO, 1999, p. 232). De toda sorte, em que pese a extensão da pena, quantitativamente, eram poucas as pessoas presas por posse de drogas.

É possível dizer que nos anos cinquenta não houve um enfoque expressivo na questão econômico-política das drogas. Permanecia como um problema restrito aos guetos urbanos. De modo universal, o consumo não era expressivo, o que explica porque sociólogos do período classificavam o uso das drogas como uma *subcultura* que poderia coexistir independente da sociedade em geral (OLMO, 1998, p. 14).

Porém, no final da década de cinquenta, o enfoque exclusivamente sancionatório da *Harrison Act* começa a declinar. Organizações como a AMA voltam a sugerir clínicas de *maintenance* [manutenção] dos dependentes expondo sua análise em um *Interim Report* [Relatório Interino] de 1958. A FBN respondeu a esse relatório argumentando sua atividade com base em várias decisões da Suprema Corte. O principal argumento do FBN era que as experiências clínicas passadas levaram a resultados pouco satisfatórios e era muito mais efetivo secar a fonte do fornecimento de narcóticos (MUSTO, 1999, p. 233-234).

De toda forma, a crescente tendência sancionatória estava diminuindo; inclusive, a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualificou a “droga” como um problema de saúde pública, de modo que se observa uma tendência por difundir um modelo médico sanitário de enfrentar a questão (OLMO, 1998, p. 15).

A reconsideração do *maintenance* pela AMA não surgiu em descompasso da conjuntura estadunidense. Além do *Welfarestate* que diminuía as tensões entre as classes hegemônicas e as classes ditas perigosas, o período posterior à II Guerra foi caracterizado por um grande investimento governamental nas profissões de saúde mental. Esta tendência chegará ao seu ápice no final da década de sessenta quando o investimento no FBN era de \$6 milhões de dólares e o orçamento da *National Institution of Mental Health* (NIMH) alcançava os \$250 milhões de dólares. Ou seja, como aponta David Musto (1999, p. 234-235), há uma concreta expressão de fé nesta nova modalidade de entendimento e tratamento dos desvios, diminuindo crescentemente o apoio institucional da mera aplicação das sanções legais.

Desenhado todo este panorama desde a Comissão de Xangai de 1909 até antes da Convenção Únicas sobre Entorpecentes de 1961 – a qual trataremos no capítulo seguinte – é preciso fazer uma síntese das tendências gerais do período. Algumas das quase terão prosseguimento e outras que foram superadas para uma nova fase do controle de drogas.

Internacionalmente o desenho da proibição teve uma prioridade: o controle do *ópio*. Este controle teve por foco as disputas imperialistas entre Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos e China. A *cocaína* vai entrar acidentalmente na Convenção de Haia e desde então nunca mais será desvencilhada dos controles de *ópio*. A *cannabis* entrará um pouco depois fruto das Convenções de Genebra (década de 30).

Um dos maiores problemas internacionais em cujo centro depende a possibilidade de desenvolver a proibição internacional era a fundação de um só órgão centralizador. Essa disputa somente terá fim com o desenvolvimento da ONU sob patronado estadunidense.

Aliás os EUA representaram importante papel, fruto muitas vezes de como se encarava o problema internamente. Nisso é marcante que atores cruciais no começo do *proibicionismo* foram gradualmente sendo escanteados: os religiosos, médicos e farmacêuticos. Os pastores, padres etc. foram muito importantes no início do processo, mas logo jogaram papéis mais secundários. Os maiores e incansáveis agentes moralizadores serão os órgãos de repressão.

Semelhante fenômeno também aconteceu com médicos e farmacêuticos, cujas batalhas científicas foram vencidas não por motivos sanitaristas, mas sim por razões políticas. É nesse sentido que a *maintenance* [manutenção] perdeu a batalha por uma medicina de *withdrawal* [afastamento] – que sem embargo não tinha fundamentos empíricos demonstráveis como era o caso do Dr. Towns.

De qualquer modo, embora laterais, médicos e farmacêuticos encontrarão novos nichos de mercado no âmbito do tratamento a dependentes e menos no tratamento com essas drogas ou na venda dessas drogas.

É muito claro que internamente o foco prevaleceu no *enforcement* [repressão] das três grandes leis *proibicionistas*: *Harrison Narcotic Act*, *Volstead Act* e *Marihuana Tax Act*. O curioso é que a opção norte-americana não foi de aplicação dessas leis mediante sanções civis, como multas, ou mesmo administrativas, como

cassar o direito de praticar a profissão de médico. A pena de prisão prevaleceu sobre estas sanções que eram, quando muito, acessórias.

O caminho do *proibicionismo* norte-americano foi aplicar pesadas sanções criminais não só aos vendedores, mas principalmente aos consumidores de drogas. Um entendimento como este somente sobreviveu às intempéries justamente por ser destinado à populações marginalizadas, vítimas do *medo da sociedade branca anglo-saxã protestante*. Contra o terrível mal dos *entorpecentes* valia tudo, inclusive acusar os soviéticos ou chineses da epidemia. O *combate às drogas* era realizado mediante o imaginário coletivo, “The bulwark against drug use was popular imagery – the more fearful the better.”¹⁵ (MUSTO, 1999, p. 246)

Sírios, indianos, chineses, mexicanos, irlandeses, italianos e negros – todos supostamente raças inferiores – foram populações de fácil criminalização, ainda que esta prisão fosse pelo mero uso de *entorpecentes*. A associação do imaginário coletivo era *viciado*, portanto *delinquente* (OLMO, 1975, p. 14). O período certamente nos ensinou que a sanção penal foi instrumento privilegiado de controle social acima de sanções civis ou administrativas.

¹⁵ “O baluarte contra o uso de drogas foi o imaginário popular – quanto mais temível melhor.” (MUSTO, 1999, p. 246, *tradução nossa*)

3 TUDO TEM QUE MUDAR PARA CONTINUAR IGUAL

3.1 As drogas proibidas tomam o cenário mundial

Durante os anos sessenta o uso de drogas toma forma de contracultura e de contestação ao *status quo* dominante. Nada mais emblemático do que o festival de rock de *Woodstock* no qual as bandas e artistas mais expressivos do momento entram em uma sintonia profunda com milhares de pessoas. O uso de drogas – principalmente *marihuana*, *heroína* e *LSD* – está ligado de forma indissociável com a contestação dos jovens americanos ao governo e à cultura *mainstream* opressiva: “[...] marihuana and heroin, rapidly resurfaced at the same time that new drugs such as LSD materialized and attained tremendous popularity among young people.”¹⁶ (MUSTO, 1999, p. 247)

O uso de drogas leva inúmeros adolescentes e jovens contestadores (em sua maioria brancos de classe média) perante os tribunais. “Commentators on youth described drug experimentation as an ordinary element in adolescent life – a natural, not a fearful, phenomenon.”¹⁷ (MUSTO, 1999, p. 250) O encarceramento deste público, com o qual os tribunais penais não estavam acostumados, gera uma crise entre os políticos estadunidenses. Agora as longas penas de prisão pareciam ser rígidas demais, era preciso flexibilizar a aplicação da pena. Portanto, em 1962 a *dependência* perdeu o estatuto de crime e tornou-se uma *doença*.

A decisão veio da Corte Suprema dos Estados Unidos em um caso paradigmático conhecido como *Robinson v. Califórnia* de 1962 (OLMO, 1998, p. 19). No entendimento dos altos magistrados a criminalização da *Harrison Narcotic Act* aos usuários é medida inadequada. O consumo deve ser entendido como dependência química à droga. A dependência é evidentemente uma doença. Ora, não se tratam doenças com sanções criminais, mas com medidas sanitaristas. A

¹⁶ “[...] maconha e heroína, rapidamente ressurgiram ao mesmo tempo que novas drogas como LSD materializaram-se e atingiram tremenda popularidade entre pessoas jovens.” (MUSTO, 1999, p. 247, *tradução nossa*)

¹⁷ “Comentadores sobre juventude descreveram experimentação com drogas como um elemento ordinário na vida adolescente – um fenômeno natural, não temeroso.” (MUSTO, 1999, p. 250, *tradução nossa*)

medida correta, portanto, não é a pena de prisão para as pessoas enfermas, mas tratamentos compulsórios ou outros tratamentos indicados por médicos e psiquiatras. Ainda mais quando uma doença deste tipo pode ser contraída de modo inocente ou involuntária. Por outro lado, em relação ao traficante, a aplicação da *Harrison Narcotic Act* permanece conforme seu estatuto original.

A opinião pública não afetou somente a decisão da Corte Suprema, mas também o imaginário coletivo da *cannabis*. Nos anos sessenta a *maconha* deixou de ser a droga da *violência*, para ser a da *passividade* – a droga que leva o indivíduo a não se envolver proativamente com os valores comunitários –, uma *dropout drug* [droga do desistente] (OLMO, 1998, p. 23). O usuário de *maconha* queima neurônios e se torna um bobo simpático.

Com a droga migrando da periferia para os centros urbanos a própria intensidade da pena – *mandatory minimum* [mínimo obrigatório] – diminuirá. Não é que o paradigma moral das drogas desaparecerá, mas é que este permanece somente para um lado da equação, enquanto na outra se soma o paradigma médico. Um paradigma serve para as classes perigosas o outro para o consumidor de boa família vítima do tráfico da classe perigosa, esta é a essência da *ideologia de la diferenciación* [ideologia da diferenciação] (OLMO, 1998, p.20) prisão para os supostos “cérebros” da difusão da droga, tratamento para as suas vítimas.

A primeira lei a refrear o movimento que tendia a penas maiores foi a *Narcotic Addict Rehabilitation Act* (NARA) de 1966, que previa medidas de segurança para indiciados, réus ou condenados dependentes de drogas (MUSTO, 1999, p. 239; OLMO, 1998, p. 21). Mas comissões também sugerem um maior investimento orçamentário no FBN, para aumentar a quantidade de agentes e controlar a oferta nos *elos maiores*, ou seja, nos grandes produtores e traficantes de drogas (MUSTO, 1999, p. 240).

Os primeiros *tratamentos de dependência* possuíam um foco clínico-comunitário, com uma moral religiosa e uma disciplina com castigos corporais (Synanon e Daytop, *Punishment cure*) (OLMO, 1998, p. 22). Mas nos anos sessenta o governo incorpora um novo método para o tratamento da dependência de *heroína* baseado na *metadona*. A *metadona*, assim como a *heroína*, são derivados do *ópio*. Em termos de concentração a *metadona* é mais suave que a *heroína*, mas a diferença fundamental não é essa. A *metadona* é consumida por via oral – não é

injetável –, portanto o início do efeito entorpecente é mais demorado e sua duração é mais longa.

Entre o consumo de *heroína* ou *metadona*, certamente a última oferece maiores vantagens. A *metadona* era fornecida publicamente, seu efeito causava um estopor mais demorado, além de ter uma intensidade menor – permitindo que o usuário habitual levasse uma vida quase normal. A aposta na *metadona* também implicava um retorno das clínicas de *maintenance* [manutenção] sobre as de *withdrawal* [afastamento]. Só que não era assim que o público entendia a proposta: “Curiously, though, for some years it seemed as if methadone was seen by the public as a cure for addiction, more like penicillin for pneumonia than like insulin for diabetes.”¹⁸ (MUSTO, 1999, p. 248)

Uma síntese do tratamento com a *metadona* é importante, uma vez que este método não obteve os resultados esperados. Ao invés de funcionar como substitutivo da *heroína*, grande parte dos pacientes acabavam por retornar ao uso da *heroína*, mas desta vez em conjunto com a *metadona* (OLMO, 1998, p. 28-29). Embora ambas produzam o mesmo efeito em termos químicos, as diferenças em termo de duração fazem com que tenham funções distintas no usuário e, assim, ao invés da *metadona* representar um substitutivo, ela realiza outra função, um efeito mais duradouro e menos agressivo.

De qualquer forma, sob a terapia médica subjaz a crença de que o comportamento pode ser corrigido e que a imputação de culpa e sanções criminais são pouco apropriadas para o problema do uso de *drogas* (MUSTO, 1999, p. 242).

Neste sentido Aslinger era peça do passado. Suas políticas no FBN não mais coadunavam com o novo período. Harry Giordano, o substituirá no mesmo ano de 1962 e conduzirá a oficina até 1968. Seu mandato caracterizou um duplo enfoque, não só policial, mas também de saúde e educação (MUSTO, 1999, p. 238). Mas Aslinger não sai do cargo sem antes ter conseguido promover um dos tratados internacionais mais significativos até então alcançados – uma das três atuais bases da criminalização internacional de *drogas* – a *Convenção Única sobre Entorpecentes* de 1961.

¹⁸ “Curiosamente, porém, por alguns anos pareceu que a metadona era visto pelo publico como uma cura da adição, mais como penicilina para pneumonia do que insulina para diabetes.”¹⁸ (MUSTO, 1999, p. 248, *tradução nossa*)

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 representou a continuação e expansão de todo o arcabouço legal criado desde 1909 até 1953 (SINHA, 2011, p. 19), com a particularidade de concentrar a administração do controle de drogas na ONU (SINHA, 2011, p. 23). A matéria de fiscalização internacional de entorpecentes deixou de ser, desde então, para todos os Estados-membros da ONU, uma questão de mera soberania nacional, demarcando uma primazia da esfera internacional.

Da Convenção participaram 73 países, que representavam distintos interesses. Participaram países produtores das matérias primas de drogas (a folha de coca, a papoula, da *cannabis sativa* etc.) como Índia, Birmânia, Turquia, Paquistão, Indonésia e países Andinos da América do Sul, bem como os grandes produtores de drogas sintéticas, das indústrias farmacêuticas, como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Alemanha Oriental, Suíça, Holanda e Japão. Além destes, também participaram uma variada gama de outros países com diferentes posições, dentre eles se destacam a União Soviética e os seus aliados, que eram contrários a um Tratado Internacional, defendiam que a questão do consumo de drogas seria uma questão interna de cada país e eram contra uma intromissão nas suas soberanias nacionais (SINHA, 2011, p. 19-20).

O resultado da conferência foi o documento mais rigoroso até então conhecido. As disposições incluíram não só o controle sobre o ópio (como fora o *1953 Opium Protocol*), mas também sobre a coca e a *cannabis* (SINHA, 2011, p. 21).

A convenção deve ser compreendida a partir de quatro tabelas, conforme o controle estabelecido: I e IV são as mais rígidas, abrangendo *ópio*, *coca*, *cannabis* e seus respectivos derivados. As tabelas II e III eram mais lenientes, e giram em torno de drogas manufaturadas na base da *codeína*. (SINHA, 2011, p. 22).

Expõe a meta da redução da produção, fabricação e comércio de entorpecentes em quaisquer usos não médicos até a abolição final de seus usos. Abole imediatamente o fumo de ópio para sujeitos não registrados perante as autoridades competentes, estabelece um prazo de 15 anos para o fim do uso de ópio; 25 anos para o fim da mastigação da folha de coca e 25 anos para o fim do uso de *cannabis* excetuando-se os usos médicos ou científicos (BRASIL, 2011a). Como Jay Sinha (2011, p. 22-23) destaca: “As the maximum time period ended

in 1989, these practices are today fully prohibited and the drugs may be used only for domestically regulated medical and scientific purposes.”¹⁹

Além das previsões da eliminação dessas substâncias para usos não médicos, um aspecto fundamental foi o requerimento de tratamento criminal nas legislações internas. A recomendação é de pena de prisão para um total de dezoito verbos: cultivo, produção, fabricação, extração, preparação, posse, ofertas em geral, ofertas de venda, distribuição, compra, venda, entrega a qualquer título, corretagem, despacho, despacho em trânsito, transporte, importação e exportação de entorpecentes (art. 36, §1º). A participação deliberada, a confabulação destinada à consumação de qualquer dos referidos crimes, bem como a tentativa, os atos preparatórios e as operações financeiras em conexão com eles também são considerados delitos puníveis (art. 36, §2º, “a”, II). A condenação no estrangeiro é tomada em conta para efeitos de reincidência (art. 36, §2º, “a”, III). Por último, recomenda-se que os respectivos verbos sejam incluídos entre os passíveis de extradição (art. 36, §2º, “b”). (BRASIL, 2011a).

Estas amplas previsões penais não existiam em tratados anteriores, “The Single Convention built on the trend of requiring Parties to develop increasingly punitive domestic criminal legislation.”²⁰ (SINHA, 2011, p. 21-22)

A Convenção Única mantém o sistema de *economia dirigida* (SCHEERER, 2004, p. 107). A partir da ONU especialistas verificam e satisfazem as demandas mundiais conforme a estabelecido oficialmente, medido em unidades de gramas, entregando com pontualidade e de boa qualidade. Em tese não deveria haver comercializações fora do estipulado pelo comitê: “A finalidade da economia dirigida é justamente essa de garantir o cumprimento desse princípio.” (SCHEERER, 2004, p. 108). Embora teoricamente seja uma proposta interessante, demonstrou-se completamente inviável na prática. A *economia dirigida* dessas *drogas* não conseguiu a diminuição do consumo de droga, mas gerou um *mercado negro* gigantesco.

¹⁹ “Como o período máximo de tempo terminou em 1989, estas práticas são hoje totalmente proibidas e as drogas podem ser usadas somente para fins médicos e científicos regulamentados domesticamente.” (SINHA, 2011, p. 22-23, *tradução nossa*)

²⁰ “A Convenção Única construiu a tendência de requerer às partes em desenvolver cada vez mais legislação criminal punitiva doméstica.” (SINHA, 2011, p. 21-22, *tradução nossa*)

A grande conquista da Convenção Única sobre Entorpecentes foi de uniformizar a política internacional do proibicionismo assentando os pilares fundantes dessa estrutura em todo o mundo.

Os anos sessenta foram os anos da contracultura, a presidência de Kennedy e depois de Lyndon Johnson foram mais receptivas às críticas sociais, viveram também um período de crescimento e desenvolvimento econômico dos EUA. Foi um período de maior equidade social, mais tolerante, o auge e o fim do *Welfare State* – Estado de bem-estar social – nos Estados Unidos. Só que a história não é um trem andando sobre os trilhos sentido ao progresso, é mais como um pêndulo em movimento, depois de ir, costuma voltar.

A década que chegava não seria tão leniente com as instabilidades políticas e sociais. Nas digitais dessa política está Richard Nixon, presidente republicano dos EUA durante o período de 1969 a 1974. Um importante analista internacional da política de drogas David Musto (1999, p. 29) chegou inclusive a dizer que nenhum presidente jamais equivaleu o antagonismo de Nixon ao (ab)uso de drogas.

A guerra às drogas da gestão Nixon começa com uma maior tolerância para o uso individual de drogas, por isso o seu investimento foi maior em tratamento médico do que em repressão policial. De certa forma Nixon realizou um *lifting restrictions on individual choice* [levantamento as restrições à escolha individual] (MUSTO, 1999, p. 249). A *guerra às drogas* inicia com uma certa leniência em relação ao usuário individual – agora, boa parte da população americana – apostando no investimento militar contra as drogas para fora das fronteiras americanas. Em plena Guerra Fria as *drogas* serão denominadas de “*inimigo público número um*” (OLMO, 1998, p. 27).

Até os anos sessenta tanto a nacionalização de temas ligados às drogas, quanto a federalização da repressão criminal, não eram mais percebidas como em choque com jurisdição estadual (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 126), pelo que não foi difícil implementar uma legislação ampla e mais dura: a *Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act* [Lei abrangente da prevenção e controle do abuso de drogas] – também conhecida como *Controlled Substance Act* [Lei de Controle de Substâncias] – de 1970. A lei é até hoje o patamar utilizado para o *proibicionismo* nos EUA substituindo a *Harrison Narcotic Act* e a *Marihuana Tax Act*.

As leis anteriores eram leis de impostos, que proibiam as drogas via argumentos burocráticos como reduzir a mínimo ou não imprimir estampas que

permitissem a venda de *entorpecentes* – tornando ilegítimo toda venda fora desses marcos. Já a lei de 1970 mantém o controle federal sem essa preocupação.

As *drogas* ali previstas são proibidas e ponto. Só é permitido seu uso científico e medicinal quando aprovado por um órgão do estatal qualificado para tanto pela lei. A lei desloca definitivamente o controle da Receita Federal para a DEA que regulará inclusive se algum médico pode ou não prescrever quaisquer das substâncias ali arroladas.

A *Controlled Substance Act* dividiu as substâncias *controladas* por ela conforme três critérios: potencial da droga para abuso; aceitação médica no uso da substância para fins medicinais e; possibilidade de a droga conduzir a dependência química. Sob esses critérios há um escalonamento dividido em cinco catálogos.

O catálogo I é o mais rígido, pois contém as substâncias, que conforme a lei, têm o maior potencial de abuso, nenhuma aceitação na comunidade médica para usos medicinais e não há qualquer uso seguro possível da substância. Nele encontram-se a *heroína* e a *maconha*. No catálogo II – em que haveria alguma aceitação médica para o uso da substância sob grande supervisão médica – está a planta do *ópio* (papoula) e todos os seus demais derivados, a folha de *coca* e todos os seus derivados (como a *cocaína*). Referir-se a uma *droga proibida* é remeter ao catálogo I e II.

Em conjunto com a *Controlled Substance Act* algumas leis são aprovadas no mesmo ano: *Organized Crime Control Act* [Lei de Controle ao Crime Organizado]; *Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act* [Lei das Organizações Influenciadas pela Extorsão e Corrupção] (conhecida como RICO Act); e *Continuing Criminal Enterprise Statute* [Estatuto do Contínuo Empreendimento Criminal] ou jornalisticamente chamada de “*The Kingpin Statute*” em alegoria com o mega-vilão empresarial o “Rei do Crime” da Marvel Comic, *Daredevil* [Demolidor].

Todas aumentam a previsão criminal para associações, mas a *Kingpin Statute*, somente aplicável em casos de tráfico de *drogas*, é especialmente rígida tornando a associação para o tráfico de mais de cinco pessoas um crime com pena mínima de vinte anos, enquanto que para o líder da organização é prevista como pena mínima prisão perpétua.

A internacionalização da repressão criminal representou uma extensão destes desenvolvimentos domésticos. Tendo declarado guerra às drogas, a administração Nixon focou atenção e recursos nas fontes externas de *heroína*,

cocaína e *maconha* consumida nos Estados Unidos. A internacionalização era atraente porque oferecia um âmbito da justiça criminal em que o governo federal poderia proceder despreocupado com tensões com agências estatais e municipais e porque fornecia um convidativo alvo político para aqueles que preferiam não dar atenção nas causas domésticas do aumento do uso de *drogas* (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 127).

Aqui joga um papel crucial o conflito no Vietnã. A região da Indochina – abrangendo Laos, Camboja e Vietnã – era composta por colônias e protetorados franceses. Dentre outros produtos como arroz, vinho etc. havia na Indochina um monopólio do *ópio* controlado pela França. A região passa por instabilidades durante a segunda guerra mundial e deslança-se um movimento de libertação. O perigo, além da perda das colônias, é a influência da China nesse processo – já que a China teria saído do bloco capitalista e entrado no bloco soviético. Para manter controle da Indochina, a França utiliza métodos já comuns na região, isto é, dar benefícios àqueles que defendem a exploração colonial francesa. Estes benefícios foram direcionados também a tribos produtoras de *ópio*.

A França perde a guerra de libertação para o Vietnã do norte – chamada de República Democrática do Vietnã –, mas consegue garantir separação do Sul que se manterá pró-ocidente. Os EUA irão intervir no processo colocando um presidente do seu interesse. Este movimento foi visto por rebeldes do sul como um golpe de estado e vão despertar rebeliões internas para afastar o poderio americano. A Guerra do Vietnã começa em 1955, só que os EUA somente vão intervir diretamente em 1964 e sairão da guerra derrotados em 1975, logo após o fim do mandato de Richard Nixon. Para ganhar a guerra os Estados Unidos lançaram mão de todas as estratégias possíveis, entre outras coisas utilizam a questão da *droga* – a produção de *ópio* – em seu favor.

A Turquia foi o componente declarado de guerra às drogas no cenário internacional. A produção de *ópio* deveria ser reduzida, porque, segundo a administração norte-americana, 80% da heroína dos EUA era produzida na França do extrato exportado da Turquia. Para atingir a meta Nixon prometeu ressarcir a Turquia pela perda da colheita das plantações de *papoula*. O fim almejado foi atingido e a droga era mais rara durante os anos de 1972 e 1973 em território americano (MUSTO, 1999, p. 250-251). Direcionar as atenções contra a Turquia no tocante ao *ópio* foi conveniente por dois motivos: aparentemente mantém a retórica

dos EUA na guerra as drogas, enquanto mantém seus aliados na região da Indochina com maior monopólio da droga (OLMO, 1998, p. 30). Hollywood também refletiu este estado de ânimo contra França-Turquia no filme *A operação francesa* de 1971 que retrata a insistência de dois policiais, *Popeye* e *Cloudy*, na perseguição contra um traficante internacional de heroína francês, retratado pelo diretor do filme, como um verdadeiro *Moriarty* das drogas.

De modo que uma diminuição na oferta da Turquia foi suprida por um aumento real no sudeste asiático e um surgimento de colheitas de papoula no México, Afeganistão, Paquistão etc. até atingir antigos patamares de produção mundial de *heroína* em 1973 (MUSTO, 1999, p. 251).

Os lucros do negócio da *heroína* eram realmente astronômicos. Esta afirmação pode ser exemplificada com o período do seu auge – meados da década de 70 – em que, na Turquia, pagava-se em torno de 22 dólares por quilo de ópio aos trabalhadores. Este *ópio* era transformado em *heroína* em laboratórios franceses – com cada 10 quilos de *ópio* se produz 1 quilo de *heroína* –, em Marsella vendia-se o quilo de heroína por 5.000 dólares, que ao ingressar em Nova York eram vendidos por 10.000 dólares, vendendo-se internamente, em escala, por 22.000 dólares e nos distribuidores menores aquele mesmo quilo de heroína que custava inicialmente 220 dólares, se revendia no varejo por 220.000 dólares! (OLMO, 1975, p. 72). Pontue-se que 93% do ópio consumido nos EUA era produzido no sul e sudeste asiático (OLMO, 1975, p. 74).

Com o comércio de *ópio* livre na região, os soldados norte-americanos não só se tornaram usuários de *ópio*, *heroína* e *outros derivados* como também desenvolvem um conhecimento muito próximo dos seus efeitos e voltam aos Estados Unidos dependentes da *droga*. , “[...] the easy availability of heroin in South Vietnam led to increased use [...]”²¹ (MUSTO, 1999, p. 253). Os soldados americanos voltarão no começo dos anos setenta até a retirada completa no final do ano de 1972. Ao todo mais de dois milhões de estadunidenses serviram no Vietnã.

O programa de prevenção coordenado pela agência norte-americana foi de forçar a realização de testes de urina nos soldados como critério para que estes pudessem retornar aos EUA. A resposta foi drástica em razão das estimativas de

²¹ “[...] a fácil disponibilidade de heroína no Vietnã do Sul levaram ao incremento do uso [...]” (MUSTO, 1999, p. 253, *tradução nossa*)

soldados usuários de heroína, “Estimates for the number of men using heroin were large as 25 percent.”²² (MUSTO, 1999, p. 252). Os soldados que apresentassem resultados positivos para heroína teriam que passar por um período de desintoxicação com tratamento subsequente, quando necessário (MUSTO, 1999, p. 252). Nascerá, destarte, a indústria de tratamento às drogas, à qual só em 1973 foram destinados 700 milhões de dólares (OLMO, 1975, p. 80).

Somando este fenômeno com as repercussões do movimento de contracultura dos anos sessenta, a quantidade de dependentes de *heroína* certamente teve um incrível aumento em território estadunidense. Números oficiais mostram a profundidade do problema nos EUA “Por ejemplo, en 1970 habían 68.894 adictos registrados, mientras que en 1971 la cifra aumentó a 490.912 heroinómanos.”²³ (OLMO, 1998, p. 32)

Nixon deslança o programa da *metadona* para “curar” heroinômanos, o fornecimento podia ser em *outpatient care facilities* [instituições de tratamentos ambulatoriais], mas o governo também subsidiava clínicas de desintoxicação com métodos psicoterápicos e terapias de grupo em *inpatient care* [tratamentos fechados] (MUSTO, 1999, p. 249).

Os usuários de *heroína*, não só injetavam a substância, consumiam também outras drogas como *cigarro*, *álcool* e *cannabis*. Só que na opinião pública há uma diferença muito clara entre drogas proibidas e drogas legais, de modo que na política interna atacar o uso de *cannabis* entra junto com o combate à *heroína*.

Enquanto o fumo de *cannabis* leva à coletivização; o uso contínuo de *heroína*, pelo contrário, inibe a capacidade de agrupação (OLMO, 1998, p. 28), deste modo, a *heroína* substituiu o inimigo politizado pelo individualismo desorganizado, inclusive incidindo no aumento da criminalidade de bagatela para a manutenção do consumo.

As vantagens de associar as duas drogas vão muito além de mera associação cultural. Os movimentos culturais anti-*establishment* desde antes de Woodstock (1969) eram usuários de *cannabis*. Junto com outros símbolos, a *cannabis* era importante elemento da contracultura, movimento que gera uma

²² “Estimativas para o número de homens usando heroína eram grandes como 25 por cento.” (MUSTO, 1999, p. 252, *tradução nossa*)

²³ “Por exemplo, em 1970 haviam 68.894 dependentes registrados, enquanto que em 1971 a cifra aumentou a 490.912 de heroinômanos.” (OLMO, 1998, p. 32, *tradução nossa*)

instabilidade política – principalmente na turbulenta gestão de Nixon. Associar todas as drogas em um só conjunto representará um esforço político por silenciar esses grupos opositores.

Diante do alarmismo que o consumo de *drogas* ganha na conjuntura nacional, o componente essencial da guerra contra o *inimigo número um* foi uma ênfase na aplicação das leis criminais direcionado à diminuição da oferta de drogas. “Drug availability and consumer demand for drugs were to be attacked simultaneously.”²⁴ (MUSTO, 1999, p. 250)

Assim, em 1973 duas instituições de combate às drogas fundem-se na atual agência de combate às drogas nos Estados Unidos e com repercussões internacionais, trata-se da *Drug Enforcement Administration* [Administração de Repressão às Drogas] (DEA) (MUSTO, 1999, p. 251-252) – pedra angular da *Controlled Substance Act* de 1970.

Armado destes instrumentos contra as drogas, muitos jovens dissidentes foram encarcerados tão só por estar na posse de *maconha*. A arbitrariedade policial e a prisão da juventude elevam-se novamente. Mesmo supondo que a gestão desejasse realmente combater o fornecimento das *drogas* por motivos de saúde pública, subliminarmente o contra-ataque do governo aos usuários de droga consegue cumprir a função de calar o inimigo interno.

Os usuários tinham a opção de ser internados nas clínicas para dependentes ou ser presos. Nos anos seguintes com Reagan e os próximos presidentes estadunidenses, dessa política somente vai diminuir a ampla aceitação da necessidade de tratamento. Reforçando de sobremaneira o combate às drogas no campo da repressão.

O público frustrado nas suas expectativas adota um posicionamento cético em relação aos tratamentos anti-drogas. Mas este não era o consenso entre os profissionais da saúde que se dividiam entre aqueles que advogavam por programas livre de drogas (*drug-free therapy*) e aqueles que propunham a *metadona* como substitutivo provisório ou definitivo “[...] withdrawing from methadone might be as hard or harder than ending a dependence on heroin, but that the advantages of

²⁴ “A disponibilidade de droga e a demanda para o consumo de drogas deveriam ser atacados simultaneamente.” (MUSTO, 1999, p. 250, *tradução nossa*)

stopping the use of needles and involvement with illicit drugs outweighed the disadvantages.”²⁵ (MUSTO, 1999, p. 254).

Enquanto a divergência médica dá fruto a debates no consumo dos derivados de *ópio*, as outras drogas proibidas – principalmente a *cannabis* e drogas sintéticas como LSD –, não passaram por este conflito (manutenção ou não) por não terem substitutivos. Assim o único tratamento oferecido era de total afastamento da droga.

Na leitura de Rosa del Olmo (1998, p. 32) Nixon almejou durante sua gestão implementar o estereótipo político-delitivo, mas não logrou a meta completamente em razão da agravação do problema doméstico com a heroína, tendo que equilibrar um programa belicoso com outro sanitarista dando lugar a um discurso médico-político. Este novo quadro “[...] redundará em instauração de modelo genocida de segurança pública, pois voltado à criação de situações de guerras internas.” (CARVALHO, 2010, p. 20). Só que o ataque ao inimigo interno tinha uma lacuna, as *drogas sintéticas* não derivadas do *ópio*, *coca* ou *cannabis* e esse vácuo não seria deixado pela política internacional estadunidense.

3.2 Novas drogas, velhos tempos

Durante os anos setenta novos tipos de *drogas* são incluídas entre as proibidas, só que, diferente da *Convenção Única* no qual as substâncias ali incluídas são plantas e depois sintetizadas, elas têm por origem substâncias químicas diversas que são sintetizadas em laboratórios. A estas *drogas* que, além de usos medicinais, têm potencial uso recreativo, se lhes dá inúmeras nomenclaturas: “*drogas sintéticas*” ou “*psicotrópicas*”, “*designer drugs*” [drogas planejadas], “*legal high drugs*” [drogas de viagem legal] e, a hodiernamente mais aceita, “*new psychoactive substance*” [novas substâncias psicoativas]. “The past few decades have seen terms such as “designer drugs” (1980s and 1990s) and “legal highs” (the

²⁵ “[...] afastar-se da metadona pode ser tão difícil quanto ou mais difícil que acabar com a dependência de heroína, mas as vantagens de para o uso de agulhas e o envolvimento com drogas ilícitas prevalece sobre as desvantagens.” (MUSTO, 1999, p. 254, *tradução nossa*)

past decade) gain currency. The concept of “NPS” is the latest in that series.” (UNODC, 2013, p. 76)

Todos os termos, no fundo, remetem a estas drogas que podem ser ou que já são produzidas mediante químicos e que podem ser usadas para fins recreativos que alteram provisoriamente funções do sistema nervoso central.

Embora a repressão moral sempre existisse, estas *drogas* nunca foram alvo de preocupação internacional até a Conferência de Viena, na qual uma lista *proibicionista* é elaborada com inúmeras substâncias detalhando sua composição química. Este processo foi atentamente acompanhado pela comunidade farmacêutica e médica. Anfetaminas, barbitúricos, LSD etc. serão proibidas a partir dessa Conferência da qual resulta a *Convenção sobre Psicotrópicos de 1971*.

A Conferência de Viena pode ser cindida em dois grandes grupos: nações envolvidas com grupos farmacêuticos e países em desenvolvimento sem grandes instalações de manufaturas de medicamentos. Enquanto o *manufacturing group* [grupo manufaturador] justificava sua posição de flexibilidade porque controles rígidos seriam difíceis de levar a cabo e levariam a perdas financeiras; o *organic group* [grupo orgânico] reivindicava a mesma base da Convenção Única sobre Entorpecentes. (SINHA, 2011, p. 25).

O resultado final foi bem distinto da Convenção de 1961, a Convenção sobre Psicotrópicos de 1971 admite a indispensabilidade do uso médico e científico dessas substâncias, mas também ressalta uma preocupação com a saúde pública e os problemas sociais decorrentes do uso equivocado de psicotrópicos.

Na Convenção sobre Psicotrópicos de 1971 são citadas as substâncias alvo de rígido controle, excluindo as substâncias não nominalmente expressadas. No tocante à repressão, a Convenção é muito mais aberta para a possibilidade dos países considerarem medidas que não sejam a pena de prisão para o tratamento dos usuários dessas drogas (SINHA, 2011, p. 27-29).

Mesmo mais leniente, agora as *designer drugs* foram incluídas no rol de controle. Quem olhasse para o quadro internacional em 1972 poderia imaginar que pouco ou quase nada poderia mudar no cenário de drogas. Mas haverá uma antiga novidade no *front*.

Até 1970 as *drogas* de maior difusão eram a *marihuana* e *heroína*, mas no fim do conturbado mandato Nixon uma droga que havia quase sido esquecida volta a ganhar forte adesão popular: a *cocaína*. “Then, just as had happened in the mid-

1880s, cocaine gathered adherents who deemed it a remarkable drug, a tonic promoting cheerfulness and industry with no negative aftereffects – at least not with “moderate consumption” [...].”²⁶ (MUSTO, 1999, p. 258) A *cocaína* havia caído em desuso desde os anos 20 e agora voltava a ser ressuscitada na Bolívia.

A Bolívia sofria com consecutivos golpes militares desde 1961. Certamente um dos mais sanguinários foi o de Carlos Hugo Bánzer Suárez, cuja ditadura ocorreu durante o período de 1971 a 1978. Banzer foi parte da intervenção da CIA na América do Sul – conhecidas como Operações Condor – em uma tentativa do governo estadunidense de segurar a região favorável ao bloco capitalista com *punhos de aço* (RAMIRES, 1996), já que o Chile desde 1970 passava por um governo social-democrático com agenda política internacional independente dos interesses diretos dos EUA. O Chile, durante governo democraticamente eleito de Salvador Allende, estava passando por uma série de reformas de base, o que levantou ainda mais o medo dos Estados Unidos da possível *cubanização* na América do Sul.

A ditadura Banzer passa por um período de breve prosperidade, controlando os conflitos sociais internos. Os elementos da estabilidade econômica vêm de duas fontes principais: das exportações de petróleo – altamente lucrativo após a crise do petróleo de 1973 – e do endividamento internacional. Os títulos internacionais contraídos foram repassados para a burguesia rural boliviana que apoiava o regime. Este crédito foi crucial para o deslanche da produção de *coca* em grandes escalas durante os anos setenta e oitenta, a *coca* depois de transformada em *cocaína* chegava ao mercado consumidor estadunidense, ávido por este elixir.

Assim, o ressurgimento da *coca* ocorrerá nesta ditadura e permanecerá mesmo depois desta. Quanto mais afundado em dívidas o país se encontrava, maior a produção dessa *commodity agrícola*. O crescimento foi tão vertiginoso que, entre 1977 e 1981, a produção de coca aumenta em 75% na Bolívia (OLMO, 1998, p. 40).

Trata-se, também, de uma forma indireta de jogar os países em desenvolvimento a retornar à economia de exportação (como foi em outras épocas a cultura do salitre, estanho, sal, café, ouro, cana de açúcar etc.) que agora é feita sob

²⁶ “Então, assim como aconteceu em meados de 1880, a cocaína acumulou adeptos que a consideraram uma extraordinária droga, um tônico promotor de alegria e atividade sem efeitos posteriores negativos – pelo menos não com “consumo moderado” [...].”(MUSTO, 1999, p. 258, *tradução nossa*)

a marca da repressão, corrupção e guerra, aprofundando a crise institucional dos países produtores.

Criminalizar y estigmatizar a amplios sectores de la población (más de 600.000 personas que de una u otra manera están vinculadas al narcotráfico), que estaban condenados a la miseria y ahora además son declarados delincuentes internacionalmente. (RAMIREZ, 1996, p. 30)²⁷

Então, a partir de 1976 o discurso contra as drogas começa a se vincular com a *cocaína* devido ao aumento de consumo e disponibilidade. O seu uso era frequentemente associado a estrelas da música, do cinema e famosos esportistas disseminando um estereótipo cultural de êxito (OLMO, 1998, p. 40-41).

Quando a *cocaína* surge novamente em meados dos anos setenta em plena crise das rígidas medidas de combate às *drogas*, ela foi facilmente relacionada com os movimentos de descriminalização da *marihuana* (MUSTO, 1999, p. 245-246). Com o conflito acirrado em casa, os governos posteriores a Nixon preferem não acentuar mais a guerra às drogas no cenário interno e classificam a droga como uma ameaça à segurança nacional, dando mais ênfase a uma política de repressão internacional (OLMO, 1998, p. 39).

Assim, por exemplo, o governo de Jimmy Carter (1976-1980) favorecia uma descriminalização de pequenas quantidades de *marihuana*, mas era contra a legalização de qualquer tipo de *droga*. Enquanto simultaneamente, no aspecto internacional, os EUA forneceram subsídios para que fosse pulverizado herbicida nos campos de *papoula* do México (MUSTO, 1999, 261).

A maré de tolerância às drogas atingiu seu pico em 1978, momento a partir do qual é perceptível uma forte onda no sentido contrário. Desta vez quem toma a dianteira moral foram movimentos *proibicionistas* nos EUA como o *parents group* [grupo de pais] – conformado por pais e mães de classe média estadunidenses. O alvo de seu ultraje incluía a sofisticada noção médica de que leve uso de *drogas* não era um problema. Para o *parents group* não só as crianças, mas toda a sociedade era refém das *drogas* – inclusive o *álcool*. Por isso o grupo revive com força a noção

²⁷ Criminalizar e estigmatizar amplos setores da população (mais de 600.000 pessoas que de uma ou outra maneira estão vinculadas ao narcotráfico), que estavam condenados à miséria e agora são declarados delinquentes internacionalmente. (RAMIREZ, 1996, p. 30, *tradução nossa*)

de *absenteísmo* como positiva para toda a sociedade. “The parents’ groups also illustrate how drugs are perceived by those who must deal with their effects on the family.”²⁸ (MUSTO, 1999, p. 264)

Este grupo tornou-se efetivamente uma força política contrária a qualquer tolerância às drogas e à cultura das drogas. Dentre suas vitórias uma delas foi monitorar todas as publicações do governo para eliminar aquelas que teriam qualquer comentário leniente ao uso de drogas. Mas talvez a principal foi conseguir impedir leis descriminalizatórias da *maconha* e desde então representam importantes atores contra qualquer *descriminalização*.

O movimento ganha força e funde-se com outros, é criado um movimento nacional chamado *National Federation of Parents for Drug-free Youth* (NFP) [Federação Nacional de Pais para uma Juventude Livre de Drogas]. Entre outras coisas estes grupos vão se opor veementemente aos especialistas do assunto, inclusive médicos, sempre que estes afirmassem que a política de *drogas* deveria mudar, vendo-os como meros especialistas pró-drogas.

Este ressurgimento de movimentos *proibicionistas* nos EUA vai ser base importante para a eleição de Ronald Reagan e para colocar novas *drogas sintéticas* no catálogo de substâncias proibidas da *Controlled Substance Act*.

A era moderna do controle internacional dos Estados Unidos emergiu no final dos anos sessenta dado o amplo uso de drogas – heroína e maconha – durante o período e a declaração de guerra às drogas de Nixon. Contudo, as subsequentes declarações de guerra às drogas dos anos oitenta de Reagan e Bush pai conduziu a um processo de internacionalização da repressão policial, não só diretamente ligado às drogas, mas também às operações financeiras ligadas ao tráfico de drogas (lavagem de dinheiro), um crime transnacional inexistente até os anos setenta (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 106). Veremos agora qual foi o contexto em que esse processo ocorreu.

A onda conservadora que implementaria o neoliberalismo nos Estados Unidos contava com um *quarterback* de peso. Ronald Reagan – também conhecido como “*Gipper*” por causa de um de seus filmes – vai ser a cara dos anos oitenta. Seu mandato entre 1981-1989 foi de acirrada oposição às drogas.

²⁸ “O grupo de pais também ilustra como as drogas são percebidas por aqueles que devem lidar com seus efeitos sobre a família.” (MUSTO, 1999, p. 264, *tradução nossa*)

Reagan paulatinamente diminuiu o investimento no tratamento às drogas e direcionou-o a políticas de repressão penal, portanto, sobre o que é eufemisticamente chamado de repressão ao lado oferta (MUSTO, 1999, p. 267). “[...] al consumidor deja de considerárselo como “enfermo” para pasar a tenérselo como “cliente y consumidor de sustancias ilícitas.”²⁹ (OLMO, 1998, p. 49)

No lado da repressão Reagan incluirá as *designer drugs* no programa interno de repressão penal às drogas (dentro da *Controlled Substance Act* de 1970) permitindo um combate policial para além das drogas “típicas” como *cocaína*, *heroína*, *cannabis* etc. Conforma também uma comissão de juristas que estabelecem as penas mínimas para os crimes de *entorpecentes* – técnica que restringe os poderes dos juízes locais para um controle federal mais severo.

O período também é caracterizado pela criação de todo um novo linguajar ideológico do tema. Cada palavra e termo usado para referir-se às *drogas proibidas* são selecionadas privilegiando o vocabulário repressivo. Assim, nenhum documento federal admitirá nos seus documentos a expressão “uso recreativo” de *drogas* ou sequer uma diferenciação entre “*drogas leves e pesadas*”, todas as *drogas proibidas* são definidas como “prejudiciais” ou “perigosas” (MUSTO, 1999, p. 278-279). Efetivamente, na década de oitenta é criado um novo vocabulário oficial do governo para as discussões sobre *drogas e álcool*.

A tendência foi acrescentar a todas as palavras relacionadas com o tema das *drogas proibidas* o prefixo “narco” – que inglês é abreviação da palavra *narcotics* [entorpecente]. Virou lugar comum falar do *proibicionismo* em termos de *narcotráfico*, *narcodólares*, *narcoestados*, *narcoterrorismo* etc. (OLMO, 1998, p. 70).

Cortando investimentos no tratamento médico direto aos dependentes, o programa sanitarista de Reagan tem duas frentes: uma campanha educativa e o incentivo a realização de testes de *drogas*.

Nancy Reagan era a cara da campanha educativa, que passava nos colégios para falar para as crianças e adolescentes sobre os perigos do uso de *drogas*. E se alguém te oferecer drogas? *Just Say No!* [só diga não].

Ainda hoje este tipo de campanha é adotado nas escolas, mas costuma constituir-se apenas da visita de policiais que falam sobre os problemas do uso de

²⁹ “[...] ao consumidor deixa de considera-lo como “doente” para passar a considera-lo como “cliente e consumidor de substâncias ilícitas.” (OLMO, 1998, p. 49, *tradução nossa*)

drogas. O programa ganhou o nome de *Drug Abuse Resistance Education – DARE* [Educação de Resistência ao Abuso de Drogas – Atreva-se] e é altamente utilizado muito embora sua eficácia é alvo de controvérsias (MUSTO, 1999, p. 290).

Enquanto na década de setenta os testes de drogas atinham-se prioritariamente à procura por *opioides* – por causa do problema da *heroína* – nos anos oitenta os locais de trabalho e as escolas são incentivadas a realizar testes para o uso de *drogas* para além de *opioides*, procurando todo tipo de *droga proibida* no organismo, especialmente *cocaína* (OLMO, 1998, p. 66).

O uso de derivados de coca cresceu muito desde seu “re-descobrimento” nos anos setenta. Em cinco anos, entre o final da década de setenta e o começo dos anos oitenta, estima-se que o consumo de *cocaína* e outros derivados como o *crack* tenham quase triplicado (OLMO, 1998, p. 44-45).

Os especialistas de saúde não viam necessariamente a *cocaína* como uma grande ameaça, mas esse consenso não existia em relação ao *crack*. “In 1985 the appearance in several areas of the United States of “crack”, a smokable form of cocaine, created a wave of fear that resulted in enormous media and public attention to the drug problem.”³⁰ (MUSTO, 1999, p. 268)

O *crack* possui características que o tornam atraente a usuários e ameaçador a observadores, ele é barato e a sua inalação faz a com que uma quantidade maior de *cocaína* chegue rapidamente à circulação sanguínea. Igualmente, o preço do *crack* facilita uma dispersão maior em comunidades pobres – entre as classes perigosas – e o seu uso será associado a violência, crimes e assassinatos (MUSTO, 1999, p. 268).

Um fator importante da *coca-cocaína-crack* não pode escapar a nossa atenção. Quando houve o primeiro *boom* da *cocaína* nos anos oitenta do século XIX, também se acreditava ser uma droga que não causava dependência. Médicos e farmacêuticos testavam-na em todo tipo de experimento, é graças à *cocaína* e a um oftalmólogo alemão – Carl Koller – que surge o primeiro anestésico local, crucial para cirurgias que o paciente deve estar acordado, mas sem sentir dor (STREATFIELD, 2001, p. 71-73). A comunidade médica científica entusiasmou-se

³⁰ “Em 1985 a aparição em diversas áreas dos Estados Unidos do “crack”, uma forma fumável de cocaína, criou uma onda de medo que resultou em enorme atenção da mídia e do público ao problema da droga.” (MUSTO, 1999, p. 268, *tradução nossa*)

tanto com a nova substância que propunha seu uso para curar qualquer doença ou condição psicológica, desde impotência sexual até ninfomania. Dentre as invenções da época, derivadas da cocaína deve-se citar o *Vin Mariani* – vinho à base de coca – que era consumido por inúmeras celebridades, inclusive o Papa, e também a *Coca-Cola* – nomeada assim por ser parte de cocaína e outra parte da *noz-de-cola*, fruto com grandes quantidades de cafeína (STREATFIELD, 2001, p. 59-61; p. 80-82).

Ocorre que em alguns anos começam a surgir casos de “dependência” de cocaína. Sigmund Freud foi um dos mais importantes sujeitos a divulgar as qualidades positivas da cocaína e também o primeiro a constatar os efeitos negativos da dependência de cocaína em um de seus melhores amigos, Fleisch-Marxow. Foi Freud quem sugeriu a Fleisch-Marxow o uso de cocaína para tentar curar sua dependência em morfina. O uso das duas substâncias em conjunto, hoje conhecido pelo nome de “*speed ball*”, somente piora a situação do amigo de Freud até que passa a sofrer de casos gravíssimos de abstinência até mesmo danos cerebrais permanentes. Desde então, ou seja, final do século XIX a comunidade médica admite a *potencialidade aditiva* da cocaína (STREATFIELD, 2001, p. 83-86).

Só que no começo dos anos setenta do século XX, a cocaína era muito cara, e por isso não se constataavam casos de *abuso da droga*, exceto entre pessoas famosas, justamente aquelas que tinham dinheiro para comprar maiores quantidades de cocaína. Só que a chegada do *crack* populariza a cocaína e barateia significativamente a droga tornando possível verdadeiramente a disseminação da dependência inclusive entre as classes pobres.

Outro fato que leva a maior consumo de *crack* foi o surgimento da AIDS, a forma injetável da cocaína começou a ser evitada entre usuários que passaram a imigrar para a forma fumada de cocaína: o *crack* (MUSTO, 1999, p. 269). Três características do *crack* foram essenciais para a virada no discurso das drogas, de um lado por ser uma droga nova, não havia grandes estudiosos da substância; de outro lado, o seu alto valor econômico e rápida adesão dos consumidores gerou novas disputas por mercados de drogas entre os traficantes e; por último, a maior e mais rápida difusão da dependência neste derivado da coca.

O medo aos consumidores de drogas, em conjunto com as novas leis, causaram um rápido encarceramento por drogas na sociedade norte-americana. “It has been estimated by Justice Department statisticians that criminals sentenced for

drug offenses account for around half the growth in the prison population since the mid-1980s.”³¹ (MUSTO, 1999, p. 279)

Além do estímulo interno de repressão criminal, os funcionários da DEA mudaram suas táticas, concentrando-se no dinheiro – aliás, no narcodinheiro – os narcodólares (OLMO, 1998, p. 51). Estimou-se em 1983 que o montante desta economia subterrânea girava em torno de 222 bilhões de dólares, representando 7,5% do PIB dos EUA, somando, em termos de transações 100 bilhões de dólares, 10% da produção industrial do país (OLMO, 1998, p. 53).

Com a *ideologia de la diferenciación* o alvo de narcocombate não é o consumidor de *cocaína* – que, diga-se de passagem, são pessoas de hollywood, congressistas, esportistas etc. – mas sim o vendedor da droga, o *narcotraficante*. Logo, as agências utilizam do estereótipo do *latino* vendedor de cocaína, imigrantes colombianos, os “*Cocaine Cowboys*” como alvo de perseguição. A DEA chega inclusive a relacionar estes latinos com atividades potencialmente subversivas (OLMO, 1998, p. 55-56). Não é por acaso que filmes como *Scarface*, de Brian de Palma, e o aclamado seriado *Miami Vice* foram tão populares nesta década. A *Posse Comitatus Act* [Lei Posse Comitatus] une forças civis e ajuda militar para aplicação da lei penal nos EUA, levando a perseguições e capturas de traficantes literalmente cinematográficas.

Porém, a associação latinos-narcodólares é naturalmente transnacional. Primeiro porque a coca não nasce nos EUA – que mesmo se quisesse não tem condições climáticas para tanto – ela é plantada na região andina; segundo porque a produção de *cocaína* é muito mais barata na selva colombiana/peruana/boliviana; terceiro porque o mercado consumidor são majoritariamente os Estados Unidos.

Portanto, criminalizar os *Cowboys Latinos* era só o primeiro passo, o segundo passo era despertar a gigante máquina militar americana na América Latina. O que foi realizado com primor em território colombiano. Quem viveu os anos oitenta lembra da perseguição de Pablo Escobar pela armada colombiana junto com auxílio direto do Tio Sam. Até hoje a Colômbia é o principal aliado dos Estados Unidos na América do Sul, sendo o país com o maior exército e tecnologicamente

³¹ “Foi estimado por estatísticos do Departamento de Justiça que condenações criminais por crimes de drogas representavam em torno de metade do aumento da população encarcerada desde meados dos anos oitenta.” (MUSTO, 1999, p. 279, *tradução nossa*)

mais avançado da região – uma verdadeira potência militar. Conforme as administrações estadunidenses, o financiamento militar é dado para combater o narcotráfico e a narcoguerrilha.

A *ideologia de la diferenciación* internacional não divide entre “consumidores” e “traficantes”, mas entre “países vítimas” e “países produtores”. Os primeiros são, naturalmente, os Estados Unidos.

O enfoque econômico promete reduzir a quantidade de *drogas*, aumentando o custo das drogas para o consumidor, de modo a que o investimento individual não valha a pena em comparação com os benefícios individuais da *droga*. Em termos práticos, a redução da quantidade de *drogas* seria alcançada pela eliminação das drogas vindas do exterior (destruição de colheitas, das manufaturas de refinamento e interdição na fronteira) e pela eliminação dos traficantes (condenação e confisco da droga e dos bens do traficante) (OLMO, 1998, p. 64).

Ainda no final dos anos oitenta, George Bush – pai – promete que praga das *drogas* (*drug scourge*) vai acabar. Ele nomeia William Bennet para a *Office of National Drug Control Policy* (ONDCP) [Gabinete da Política Nacional de Controle às Drogas] importante instrumento da Casa Branca para direcionar políticas antidrogas. Bennet promoveu a política de *tolerância zero* contra as *drogas*, lançando uma forte política *proibicionista* inclusive contra usuários (MUSTO, 1999, p. 280-281).

Mesmo com tudo isso não houve diminuição no consumo de *cocaína* ou *crack* nos EUA e o começo dos anos noventa viu um relativo aumento no consumo de *maconha* entre estudantes (MUSTO, 1999, p. 284).

Contudo, é importante mencionar que a Europa vai ensaiar outro rumo para a questão neste período dos anos oitenta. Surgirão movimentos que buscam realizar a proposta de *Harm Reduction* [redução de danos], ou seja, minimizar danos e riscos decorrentes do uso de *drogas*. “[...] como a Experiência de Liverpool, na Inglaterra, na qual médicos prescreviam heroína para os usuários como forma de diminuir os riscos de *overdose*, os primeiros centros de distribuição e troca de agulhas e seringas na Holanda e na Inglaterra entre 1986 e 1987.” (NIEL, 2011, p. 141) Ao todo representou um esforço por criar formas de uso e comercialização mais seguras de *drogas*, como, por exemplo, na Holanda a comercialização lícita de *drogas* consideradas “leves” em Coffe Shops.

Aliás, políticas alternativas tentam ganhar força nos Estados Unidos, só que somente em âmbito local. Com toda campanha federal *proibicionista* era impossível

uma vitória em âmbito federal, então uma tendência de quem era contrário a essa política foi tentar devolver a política de drogas às esferas estatais e municipais. Por esta razão, um dos grandes desafios tem sido manter a federalização do assunto de drogas. Neste sentido, a pior derrota dos *proibicionistas* foi a aprovação na Califórnia da *Proposition 215* em 1996 que permite o consumo de *cannabis medicinal* mediante prescrição médica a pacientes de doenças predeterminadas (MUSTO, 1999, p. 284). Hoje na Califórnia está em movimento uma campanha para legalizar inclusive o uso recreativo de *cannabis*. Ainda que a *cannabis* seja amplamente consumida é muito difícil a aprovação de uma lei deste tipo, dada a força do movimento *proibicionista*. É digno de nota, sem embargo, que nos EUA hoje 20 Estados americanos e o Distrito Federal já passaram leis legalizando o uso medicinal de *cannabis* e que dois estados já legalizaram o uso recreativo de *maconha*.

É importante comentar que desde os anos oitenta campanhas publicitárias *proibicionistas* têm obtido investimentos privados também. Um dos mais proeminentes é *the partnership drugfree.org* que promove uma agressiva campanha supostamente para educar os jovens a não usar *drogas* – muito embora a campanha seja mais baseada no terror do que na educação. Uma das suas mais recentes campanhas é: *meth, not even once!* [metanfetaminas, nem uma só vez] na qual apresenta pessoas com caras deformadas, estupro de menores etc. todas vítimas de *metanfetaminas*.

Outra grande campanha publicitária do grupo foi uma propaganda de 15 segundos. Na abertura da cena aparece uma frigideira com óleo quente, uma voz diz: “*Ok, for the last time. This is drugs.*” [Ok, pela última vez. Estas são as drogas.]; no momento seguinte um ovo é quebrado na frigideira e começa a ser frito, com a imagem do ovo estatelado a voz termina dizendo “*This is your brain on drugs. Any questions?*” [Este é o seu cérebro com drogas. Alguma pergunta?].

De todo modo, desde os anos sessenta diversas instituições vêm promovendo campanhas por outras políticas alternativas de drogas, abrangendo desde a legalização, passando pela descriminalização e políticas de redução de danos. Algumas instituições conseguem financiamentos de ativistas bilionários em favor de uma abordagem sanitaria e menos penalista à questão das drogas, mas nenhum financiamento federal (MUSTO, 1999, p. 288).

Toda a estrutura nacional e internacional dos Estados Unidos é contrária a estas políticas alternativas ao *proibicionismo*, mas não só eles. A ONU encerra a tríade das Conferências *proibicionistas* em 1988 com a *Trafficking Convention* [Convenção contra o Tráfico Ilícito em Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas] realizada em Viena.

No total as Convenções *proibicionistas* válidas hoje são três: a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, a Convenção sobre Psicotrópicos de 1971 e a Convenção contra o Tráfico de 1988.

Este último documento é essencialmente um documento internacional de Direito Penal. Sua intenção é harmonizar as previsões nacionais relacionadas a drogas no âmbito criminal para conter o tráfico ilícito (SINHA, 2011, p. 33).

O tráfico de drogas é alçado a condição de atividade criminal internacional que se vincula a organizações criminais que afetam a economia, segurança e soberania dos países. A pedra angular da Convenção de 1988 é o artigo 3 “Delitos e Sanções” no qual se requer que as parte estabeleçam um código dos delitos que envolvam os vários aspectos do tráfico ilícito e que garanta que tais atividades ilícitas seja lidadas com severidade pelo judiciário e pelos órgãos acusatórios (SINHA, 2011, p. 34; BRASIL, 2011b).

O enfoque certamente é maior no tráfico, mas a Convenção de 1988 também requer das partes que implementem tipos penais para a posse, compra ou cultivo de drogas mesmo se for para *consumo pessoal* (SINHA, 2011, p. 35), certamente muitas medidas de vários países em relação à posse para o consumo, vão contra o sentido teleológico da Convenção. As experiências da Espanha ou do estado da Califórnia, por exemplo, em considerar certa quantidade de droga sempre como para o consumo pessoal e excluir a previsão criminal, ou a experiência holandesa de não destinar recursos econômicos e policiais de combate ao consumo, são contrárias às determinações da Convenção de 1988. A legalização da *cannabis* no Uruguai, mesmo para usos recreativos, nos mostrará como os EUA e a ONU tratam da questão na América do Sul nos tempos atuais.

A Convenção também foi decisiva para a Interpol, que com esse marco sólido desenvolve-se rápido a partir dos anos 80 ampliando dramaticamente sua operações. “Of particular significance was the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, adopted in December 1988, which committed signatory states to extensive cooperation in drug

enforcement matters; [...] ranging from extradition and mutual legal assistance to the more operational aspects of international drug enforcement.”³² (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 97)

Apesar de todas estas questões a *Trafficking Convention* foi a primeira convenção entre as três a mencionar questões de direitos humanos. “As medidas adotadas deverão respeitar os direitos humanos fundamentais e levarão em devida consideração, não só os usos tradicionais lícitos, onde exista evidência histórica sobre o assunto, senão também a proteção do meio ambiente.” (BRASIL, 2011b)

Levar em consideração direitos humanos não é necessariamente a preocupação da política *proibicionista*. O interesse maior, fulcrado em valores morais absolutos – bom ou mau; certo ou errado –, dista de uma perspectiva racional que entre o preto e branco encontra diversos tons de cinza. Nesta seara parece que não se aprende com a história, nos EUA a *ameaça do crack* hoje é muito presente nas principais manchetes de jornal, mas talvez a campanha mais intensa é das *metanfetaminas* – uma *designer drug* sob o catálogo II do *Controlled Substance Act* –, bastante disseminada entre a juventude norte-americana. O uso recreativo de *metanfetaminas* causam efeitos muito semelhantes à *cocaína* – euforia e estimulação –, mas sua forma de entrada no organismo é pelo fumo.

As *metanfetaminas* – produzidas nas regiões desérticas entre Estados Unidos e México em laboratórios clandestinos – ainda não parecem ter ganhado força na América do Sul, daí o pouco conhecimento produzido sobre essa *droga* neste canto do mundo, mas parece ser questão de tempo, até que os noticiários latinos provavelmente produzam um enorme alarde sobre uma droga “mais perigosa que o *crack*”.

4 FUNDAMENTOS DO PROIBICIONISMO

4.1 Uma teoria geral do proibicionismo

A explicação histórica da gênese e desenvolvimento da proibição das drogas conduz à pergunta pela ontologia do *proibicionismo*, isto é, conduz à pergunta: há algum sentido na história da *proibição das drogas*? Quais são os fatores determinantes para a proibição? A pesquisa histórica, por ela mesma, permite-nos descrever como chegamos ao patamar atual, mas não é suficiente para o explicar.

Há, como em todos os temas, teorias “agnósticas” do “problema do proibicionismo” – teorias que acreditam não ser possível responder à questão. Para estas teorias o *proibicionismo* existe por uma série de contingências históricas e não há nada que explique como chegamos ao patamar atual. Algumas vezes *teorias agnósticas* aparecem travestidas de *culturalismo*: drogas são proibidas por causa da cultura e a cultura proibiu as drogas. No ar fica a pergunta, mas quais elementos são determinantes para que essa cultura tenha vencido sobre outras? Só porque é cultura deve ser aceito?

Muitos autores dão explicações satisfatórias para esse problema. Entre estes, existem dois grandes caminhos para enfrentar a questão.

Uma primeira é fragmentando a explicação *droga* por *droga*. Uma análise fragmentada permite aprofundar especificamente em cada substância proibida, por exemplo, o ópio, traçando sua história, suas características farmacológicas, os usuários, políticas possíveis em relação à droga e assim por diante.

Outra possibilidade é procurando as características gerais do *proibicionismo*. Uma análise geral trata de todas as *drogas proibidas* sem entrar nas profundas especificidades de cada uma. Algumas vezes inclui no estudo *drogas legais* como o álcool, cafeína, tabaco e drogas sintéticas mais recentes.

Esta segunda aproximação costuma priorizar um enfoque específico, para citar os casos utilizados aqui, esta análise pode ser cultural das *drogas* – como David Courtwright em “Forces of habit” (2002) – ou uma dissertação histórica – como Antonio Escohotado (2008) – ou criminológica – como Rosa del Olmo (1998; 1975) –

ou médica – como David Nutt em “Drugs: without the hot air” (2012) – ou econômica, internacional, jurídica, moral etc.

O estudo do *proibicionismo* à luz de suas especificidades (como a economia), gera resultados incríveis, porém isolados na sua própria esfera. Qual destas esferas consegue aproximar-se do problema do proibicionismo de forma a englobar as outras?

Ao meu ver a aproximação que consegue dar conta é economia-política. Por isso, a resposta está na política, no sentido mais amplo possível do termo.

É a política de proibição das drogas (*proibicionismo*) que reúne essas substâncias tão diversas em um só tratamento estatal. Pois o único denominador comum entre essas substâncias é que elas são ilícitas para o uso pessoal, ilegítimas para uso médico ou científico, criminalizadas para o comércio, enfim, *politicamente proibidas*. Esta situação interfere em todas as outras esferas: médica, cultural, econômica, jurídica etc.

É que as *drogas proibidas* não são apenas mercadorias com um valor de uso (sobre nosso corpo biológico) e um valor de troca (autonomamente determinado), elas são, antes, uma *mercadoria política*. No momento em que o Estado interfere na sociedade civil pela *política de proibição*, estas substâncias não são “livres” como outras mercadorias comuns, mas ganham traços distintos, anteriormente desconhecidos.

Uma forma simples de pensar isto é em relação ao que chamam de “violência da droga”. Em casos que substâncias não são criminalizadas pelo Estado, a venda dessa *droga* não gera violência senão em crimes de aquisição (usuários que furtam ou roubam para manter o vício).

Porém, com a política de proibição os vendedores dessa mercadoria não podem mais recorrer ao sistema judiciário, aliás agora o Estado age com violência com aqueles que lidam com essa mercadoria. É exclusivamente por causa da criminalização que o tráfico de drogas é uma atividade violenta e que inúmeras pessoas são presas pelo Estado.

Nesta nova situação, a violência ganha outras faces mais complexas. A *situação política das drogas*, como apontado por Alessandro Baratta (2004a), causa interferências em todas as outras esferas.

Não é possível tratar de *drogas* como o *ópio*, *cocaína*, *maconha* e outras tantas, apenas como *mercadorias*, porque sua característica contemporânea é ser

mais do que isso, é ser afetada por uma política de Estado que altera inclusive os efeitos da própria substância no organismo.

Nesse sentido é ilustrativo o caso do uso de *crack* no Brasil. Enquanto em outros lugares o *crack* é fumado em cachimbos, entre a população de rua brasileira é comum fumá-lo em latas de alumínio – de cerveja, refrigerante etc. O cachimbo de *crack* delata imediatamente o usuário à polícia, enquanto que latinhas podem ser encontradas sem levantar suspeitas e se descartadas são rapidamente substituídas. Ocorre que fumar *crack* na latinha faz com que metais pesados sejam inalados junto. A absorção de metais pesados causa danos gravíssimos à saúde, tornando o consumo de *crack* uma atividade de risco para a saúde. Esses danos poderiam ser evitados não fosse a criminalização.

A estes efeitos criados pela proibição, Baratta (2004a, p. 122) chama de *efeitos secundários da droga*, aos efeitos próprios da substância independente da criminalização são chamados de *efeitos primários*.

Só que uma compreensão do *proibicionismo* como política não exclui as outras áreas. Na verdade este é só o primeiro passo. Cabe analisar quais são os fundamentos determinantes para a gênese, o desenvolvimento e manutenção dessa *política*.

Thiago Rodrigues (2004) – atento a uma explicação criminológica – argumenta que sobre o enfoque político-penal de “prevenção geral” há quatro *planos de ameaça à sociedade*: moral, sanitarista, segurança pública e segurança internacional.

Esta compreensão, em realidade, não se restringe à prevenção geral. É possível entender a *política do proibicionismo* das drogas parando para analisar cada uma dessas esferas. Podemos chamar esses quatro planos de *fundamentos* que *estruturam* a política *proibicionista*. O movimento de ir às suas particularidades e depois retornar a uma perspectiva geral permite compreender o fenômeno de forma global. Por isso analisaremos agora cada uma dessas determinações.

4.2 O fundamento moral. Jogando a água, mas não o bebê

No tema de *drogas*, por moral ou moralismo vêm a tona em primeiro lugar os argumentos totalmente contrários ao uso de drogas. Aqueles que pregam o absoluto afastamento delas. Este é um importante papel do cristianismo e das suas vertentes puritanas.

É o caso do Bispo Charles Henry Brent e inúmeros missionários cristãos que combateram intensamente o consumo de drogas. O alvo de seus ataques não se resumia às que hoje são proibidas, como o *ópio*, a *maconha*, a *coca* e *cogumelos “mágicos”*. Os movimentos religiosos condenavam o consumo de *álcool*, *tabaco* e, inclusive, substâncias com *cafeína* – como café, noz de cola, chá, chocolate etc. O *absenteísmo* é uma característica de forte tradição na moral ocidental religiosa.

Ilustrativa é a Lei Seca (1919-1933) que banuiu o comércio de bebidas *alcoólicas* no território estadunidense. Movimentos sociais como *temperance movement* [movimento do comedimento/temperança] ramificavam-se em diversas associações, tais como *anti-saloon league* [liga contra bares]. A *anti-saloon league* dirigia suas baterias contra os bares, estes eram objeto de repúdio, visto que as maiores “perversões” seriam realizadas nestes lugares (MACCOUN; REUTER, 2009, p. 157-163).

Outro caso é o processo judicial do governo estadunidense contra a Coca-Cola. A Coca-Cola – originalmente folha de *coca*, *noz-de-cola* e açúcar – já havia retirado o substrato de *coca* no começo do século XX, por causa das ações judiciais promovidas pelo *Food and Drugs Administration*. Mesmo assim o governo americano apreendeu quarenta toneis e vinte barris de Coca-Cola por causa da *cafeína* no refrigerante (advindo da *noz-de-cola*).

A agência arguia que o conteúdo de *cafeína* era perigoso e poderia estar envenenando crianças. O processo julgado em 1916 acusava a Coca-Cola de rotulagem falsa e “[...] that the product contained an added poisonous or added deleterious ingredient, caffeine [...]”³³ (EUA, 2013e). Só que desta vez a companhia decidiu bater o pé e insistir que a *cafeína* não era uma substância venenosa ou nociva. A questão foi resolvida sob os termos que havia um conflito de evidências

³³ “Que o produto continha e adicionava venenos e adicionava ingrediente pernicioso, cafeína” (EUA, 2013e, tradução nossa)

competentes e não se poderia dar razão absoluta a nenhum lado. Com este e outros argumentos a Corte Suprema Norte-Americana reverteu a decisão de primeira instância.

Esta moral religiosa certamente é dominante, mas não é universal. Outras práticas religiosas indígenas e afroamericanas não compartilham desse mesmo ideal abstrato. Porém, a moral *mainstream* arraigada nos valores religiosos judaico-cristãos – destacando-se aqui principalmente as vertentes protestantes do cristianismo – valoriza o absenteísmo e condena o consumo de *drogas psicoativas*. O curioso é que o enfoque desta tradição cultural não recai tanto sobre o *álcool* (o *vinho* faz parte da liturgia cristã), mas sobre todas outras drogas. Este critério moral não é baseado na danosidade da substância, é idiossincrático de cada religião. Para dar dois exemplo, *muçulmanos* têm um problema mais sério com o *álcool* do que com o *ópio*, porque o alcorão explicitamente veda o uso de bebidas alcoólicas; o *rastafarianismo* veda o uso de qualquer droga pelos seus fieis, exceto a maconha. Assim, muito da condenação depende do peso da tradição religiosa em cada país.

De fato, os grupos puritanos do começo do século tiveram decisiva influência nas políticas estatais do ocidente. “Os Estados contemporâneos, portanto, assumem *afãs eclesiásticos* típicos dos modelos jurídicos inquisitórios nos quais são cultivados valores como o arrependimento, a abstinência e a castidade.” (CARVALHO, 2010, p. 167)

A visão desses grupos não se impõe somente aos seus fieis. Nos Estados Unidos missionários religiosos condenavam a venda de *álcool* a indígenas. Prosperavam relatos de indígenas americanos empobrecidos, perdendo a saúde, vendendo as mulheres e crianças para a prostituição e escravidão em troca de aguardente. Junto com a importação de doenças europeias, o escambo de bebidas (entre elas o rum) em troca de peles valiosas e outros bens nativos, foi uma das razões para a ruína demográfica e cultural dos povos indígenas. Os missionários ingleses deploravam essas consequências, desejavam, antes, a cristianização dos indígenas e sua incorporação ao império, e não sua extinção (COURTWRIGHT, 2002, p. 147).

Aliás, portugueses utilizaram amplamente da troca de cachaças e tabaco na África para compras de escravos, os quais por sua vez eram trazidos para as colônias para produzir cana de açúcar, matéria-prima que depois de transformada em aguardente que comprava mais escravos para essas plantações

(COURTWRIGHT, 2002, p. 148). No século XIX o mesmo sistema de escravidão africana foi utilizada no Brasil para a produção de *café* – pilar da economia brasileira durante o Império brasileiro.

Nestes termos, os ecos moralistas dos missionários não eram necessariamente reacionários. Em realidade, esses ecos eram uma preocupação com o bem estar dessas populações. Que esse bem estar estava atrelado à vontade de extirpar suas culturas originárias para convertê-los ao cristianismo é outra questão.

De fato, a preocupação moral-religiosa não se restringia ao *álcool* e a *cafeína*. O *tabaco* era motivo de reprovação. Proibido na Inglaterra até o século XVII, Rússia, Turquia estão entre alguns países que implementaram todo tipo de sanções corporais para banir o consumo de *tabaco* (*tobacco nicotine*). Desde o descobrimento da América – quando se teve o primeiro relato do consumo de *tabaco* –, missionários repudiavam veemente o *tabaco* (*tobacco rustica*) porque era utilizado por indoamericanos em rituais religiosos para produzir alucinações (COURTWRIGHT, 2002, p.16).

Era essa a mesma visão que se tinha do ato de mascar *coca* no período de colonização espanhola. Desde a chegada dos espanhóis no território andino manifestava-se grande repulsa entre missionários católicos no uso de *coca* por parte dos indígenas, tradição mais antiga que o próprio Império Inca.

A folha de *coca* é substância muito diversa da *cocaína*, já que a absorção é muito mais lenta e o conteúdo alcalino está disperso em muitas folhas, por isso é raríssima a dependência da folha de *coca*. Em geral o consumo de *coca* permitia às populações andinas lidar melhor com a altitude e era objeto de respeito e veneração religiosa antes da chegada dos espanhóis (STREATFIELD, 2001). Este vínculo da folha de *coca* com questões religiosas indígenas, o menosprezo aos hábitos nativos, além da rejeição geral dos católicos do consumo de qualquer substância psicotrópica – além do vinho – foram razões que levaram à sua inicial proibição na colônia e a luta constante pela redução do consumo entre os indígenas.

O bispo Brent e sua cruzada contra o consumo de *ópio* representava mais um elo dessa tradição milenar – junto com o período histórico norte-americano de expansão imperial. Curiosamente Brent era a pessoa ideal para esse trabalho. Muito cedo banido pela Igreja de trabalhar em um país latino – tinha *repulsão* de trabalhar nestes lugares – revoltava-se com desperdício de tempo, luxúria e egocentrismo.

Entendia a proibição das *drogas* como central para o missionarismo cristão, uma função civilizatória da *pax Americana* (DAVENTPORT-HINES, 2002, pos. 3840).

A proibição ao uso de substâncias psicoativas pela Igreja cumpre uma função interna importante. A vedação religiosa às drogas – especificamente dos seus efeitos *psicoativos* – permite um *monopólio do prazer no culto litúrgico*. A Igreja não precisa competir com outras substâncias para aliviar a angústia dos homens. Esta é uma das transformações do monoteísmo em relação à antiguidade.

Na antiguidade a preocupação era menor porque havia escassez de comércio – que limitava as opções de drogas entre a população – e; falta da necessidade de monopólio do alívio por um só meio, “por um só deus”. Deuses e *drogas* não competiam entre si, mas viviam harmonicamente. Não é por outro motivo que o uso de *drogas* e a *heresia – bruxaria* – eram amplamente associadas na Idade Média (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011, p. 43).

A secularização do mundo e a formação das grandes cidades, enfim, a quebra dos antigos vínculos comunitários redespertaram o uso de *drogas* apesar das barreiras morais. Isso explica muito porque a droga é um *problema* sentido de forma tão aguda na contemporaneidade (DAVENPORT-HINES, 2002, pos. 993; 1004; PERRENOUD; RIBEIRO, 2011, p. 43-44).

A *moral protestante* veio se somar a essa ligação religiosa, já que o *protestantismo* louva o trabalho produtivo em prejuízo de outras atividades. Religiosos *protestantes*, assim, eram muito mais fervorosos na condenação do *uso de drogas* do que outros cristãos. Países de moral protestante como Inglaterra e Estados Unidos têm visões muito mais maniqueístas das drogas.

And their [the moral entrepreneurs] advocacy of sobriety appealed to sectors of the American elite, whose paternalistic concerns regarding the vulnerability of the lower classes to alcohol and other drug abuse combined with fears that their economic productivity might suffer. (ANDREAS; NADELMANN, 2006, p. 41)³⁴

Mas a moral contrária ao consumo de *drogas* não é apenas religiosa.

³⁴ E a sua [dos empresários morais] defesa da sobriedade apelou aos setores da elite americana, cujas preocupações paternalista em relação à vulnerabilidade das classes mais baixas para álcool e outras drogas combinadas com temores de que a sua produtividade econômica podem sofrer. (ANDREAS; Nadelmann, 2006, p 41, *tradução nossa*)

Outra importante corrente moral é dos libertadores anticolonialistas, anticapitalistas etc. Aliás, Gandhi era enfaticamente contrário ao consumo de *drogas* na Índia – especialmente o *álcool*. No rascunho da Constituição de uma Índia Livre de 1928 conclama por um completo proibicionismo que salvasse as pessoas do mal e tentação dos *licores* e *tóxicos* (COURTWRIGHT, 2002, p. 157). Uma proposta razoável sendo que o *alcoolismo* era problema alastrado na Índia e era visto como um problema alienígena à cultura indiana. Um problema alienígena porque introduzido por potências coloniais que detinham o monopólio estatal (o lucro) da venda de *álcool*. Igualmente, foram ímpetos morais anticoloniais que moveram o imperador chinês às guerras do ópio e também foram ímpetos nacionalistas que moveram os filipinos contra o monopólio colonial do *ópio* – durante sua guerra de independência da Espanha e na sua luta contra o império estadunidense.

A coca tem uma história importante nesse sentido. A superexploração dos indígenas andinos nas minas de Potosí só era possível enquanto os espanhóis disponibilizassem a folhas de *coca* para atenuar o fardo do trabalho indígena. Os espanhóis não se contentavam apenas em fornecê-la, mas detinham o monopólio da planta e utilizavam-na em várias transações comerciais. Uma planta cujo uso era incorporado na cultura indígena de forma positiva torna-se fonte de destruição dessa mesma cultura.

A famosa frase de Marx “Die Religion ist der Seufzer der bedrängten Kreatur, das Gemüt einer herzlosen Welt, wie sie der Geist geistloser Zustände ist. Sie ist das Opium des Volkes.”³⁵ (MARX, 2013) também se adequa neste sentido de libertação. O fato que mercados – estatais ou taxados pelo Estado – utilizem da venda de drogas para gerar receita nem sempre é bem visto. O *ópio* é tipicamente substância de monopólio imperial e seus efeitos são um alívio geral da dor, por isso junto com o *álcool* é uma droga famosa por ser consumida pelos trabalhadores como forma de escapismo mental das condições de miserabilidade. O que é uma demonstração de como o capitalismo consegue lucrar em cima da própria exploração humana.

Este viés moral contrário à droga é incontestavelmente fundado em boas intenções. Mas não é o único, assim como existem visões morais que condenam a droga, existem perspectivas morais capazes de defendê-la.

³⁵ “A religião é o suspiro da criatura oprimida, o coração de um mundo sem coração, o espírito de condições sem espírito. Ela é o ópio do povo.” (MARX, 2013, *tradução nossa*)

É a perspectiva do filósofo moral inglês, Stuart Mill, em “*On Liberty*” de 1859. Stuart Mill foi um dos mais renomados defensores do *utilitarismo*. Conforme o filósofo inglês, o *princípio utilitário* diz que o indivíduo deve ser livre para seu próprio desenvolvimento, exceto quando o exercício dessa liberdade traz prejuízos a outros - tese muitas vezes referidas como *harm principle* [princípio do dano]. Nos casos em que é matéria de competência exclusiva do indivíduo, a restrição da liberdade individual pelo Estado é prejudicial. Em Mill, porém, o princípio é mais amplo, pois coloca o indivíduo em defesa da própria sociedade, não somente do governo.

But reflecting persons perceived that when society is itself the tyrant — society collectively, over the separate individuals who compose it — its means of tyrannizing are not restricted to the acts which it may do by the hands of its political functionaries.³⁶ (MILL, 2011, p. 3)

Stuart Mill desconfia não somente de um governo autoritário, mas do risco da tirania das maiorias democráticas. A *liberdade ao próprio desenvolvimento* é um direito do indivíduo e não há maioria, por mais democrática, legitimada para restringir este direito. A liberdade é um patrimônio do indivíduo. “Over himself, over his own body and mind, the individual is sovereign.”³⁷ (MILL, 2011, p. 6-7)

Somente a soberania do indivíduo sobre seus próprios assuntos é capaz de fazer a sociedade progredir, sem essa liberdade a sociedade corre o risco de cair no conformismo. É importante mencionar que esta concepção do livre desenvolvimento do indivíduo é restrito ao campo dos homens capazes de autogoverno, i.e. com certo desenvolvimento biológico e mental, logo excluindo crianças e pessoas com deficiência mental.

A liberdade individual pode ser analisada em três campos: primeiro é a liberdade de consciência no seu sentido mais amplo, ou seja, liberdade de pensamento, de expressão, de sentimentos etc.; segundo a liberdade de gostos e atividades, ou seja, de desenvolver e planejar a própria vida como cada um bem

³⁶ Mas as pessoas que refletem percebem que quando a sociedade é ela mesma o tirano – sociedade coletivamente, acima dos indivíduos separados que a compõe – seus caminhos de tiranização não se restringem aos atos que poderiam fazer pelas mãos dos seus funcionários políticos. (MILL, 2011, p. 3, *tradução nossa*)

³⁷ “Sobre si mesmo, sobre seu próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano.” (MILL, 2011, p. 6-7, *tradução nossa*)

entender; e terceiro a liberdade reunião e associação (MILL, 2011, p. 8). Para os fins aqui postos é mais importante a liberdade de gostos e atividades e, em segundo lugar, a liberdade de associação.

O desejo de uma pessoa desenvolver sua personalidade conforme seus impulsos é o que permite o progresso do homem. A uniformidade entre as pessoas é um grave risco, prejudica a qualidade inerente nos indivíduos em prosperar ou não, dentro do plano que estes próprios indivíduos desenharam para suas próprias vidas.

A supressão dos impulsos conduz a uma sociedade mais pobre e menos construtiva, toda a sociedade é beneficiada na ênfase da individualidade porque assim pode desenvolver-se plenamente. “[...] society has now fairly got the better of individuality; and the danger which threatens human nature is not the excess, but the deficiency, of personal impulses and preferences.”³⁸ (MILL, 2011, p. 42)

Quando uma pessoa prejudica somente a si mesma isto é tema que só deve interessar a essa pessoa. Neste tocante o próprio sujeito deve arcar com o dano para si mesmo. Somente uma conduta perigosa ou que de fato resulte em dano para o público deve ser penalizada, como é o caso do sujeito embriagado no trabalho.

But with regard to the merely contingent or, as it may be called, constructive injury which a person causes to society, by conduct which neither violates any specific duty to the public, nor occasions perceptible hurt to any assignable individual except himself; the inconvenience is one which society can afford to bear, for the sake of the greater good of human freedom.³⁹ (MILL, 2011, p. 58)

Este ponto é tão importante que para Stuart Mill mesmo o despotismo não produz seus piores efeitos enquanto a Individualidade puder existir embaixo dele “[...] and whatever crushes individuality is despotism [...]” (MILL, 2011, p. 44)

Ele dá alguns exemplo, dois deles são de nosso interesse. Um deles é o caso de muçulmanos e judeus que não comem carne suína porque entendem ser

³⁸ “[...] a sociedade teve até agora razoavelmente tirar o melhor da individualidade; e o perigo que ameaça a natureza humana não é o excesso, mas a deficiência dos impulsos e preferências pessoais.” (MILL, 2011, p. 42, *tradução nossa*)

³⁹ Mas em relação ao meramente contingente ou, como também pode ser chamado, dano construtivo que uma pessoa causa à sociedade por conduta que não viola nenhum serviço específico para o público nem ocasiona dano perceptível a nenhum indivíduo assinalado exceto a si mesmo; a inconveniência é uma das quais a sociedade pode dar o luxo de arcar pelo bem maior da liberdade humana. (MILL, 2011, p. 58, *tradução nossa*)

este um ato asqueroso. Diz Stuart Mill (2011, p. 60) que se um cristão vai a um país de maioria muçulmana e lhe proíbem comer porco, o cristão tem todo direito de exigir que o outro não se envolva no assunto que lhe é próprio. O público não deve ser confundido com o privado.

Outro exemplo é o *proibicionismo* da venda de *álcool* nos Estados Unidos (Lei Maine). Para Mill (2011, p. 63) tal direito social de privar a liberdade individual de cada um não existe, mesmo se essas substâncias fossem um veneno, a pessoa tem todo o direito de consumir. Os defensores destas proibições arguem que só estão tolhendo a liberdade de produção e venda, não do comprador. Este argumento é falso. Ora se uma pessoa não pode comprar para seu consumo, ela evidentemente está sendo tolhida do seu próprio direito de consumir.

[...] interference with trade, which are essentially questions of liberty; such as the Maine Law, already touched upon; the prohibition of importation of opium into China; the restriction of the sale of poisons; all cases, in short, where the object of the interference is to make it impossible or difficult to obtain a particular commodity. These interferences are objectionable, not as infringements on the liberty of the producer or seller, but on that of the buyer.⁴⁰ (MILL, 2011, p. 68)

A *regulamentação* é possível – porque vendedores podem querer aproveitar-se do consumidor –, mas de forma alguma deve o governo *proibir* a venda de certa substância porque assim fazendo interfere com o direito do indivíduo de consumir a substância.

Se um Estado ou a sociedade imiscuir-se em temas que são do indivíduo, que não causam danos a outra pessoa (concretamente determinada), o indivíduo tem toda legitimidade em agir contra o Estado e inclusive a sociedade. Mais do que isso, para Mill quem faz isso está fazendo um serviço para toda a sociedade. “In this age the mere example of non-conformity, the mere refusal to bend the knee to custom, is itself a service.”⁴¹ (MILL, 2011, p.46)

⁴⁰ [...] interferência com comércio, o que são essencialmente questões de liberdade; tal como a Lei Maine, aqui já tratada; a proibição da importação de ópio na China; a restrição das vendas de venenos; todos os casos, em resumo, onde o objeto da interferência é tornar impossível ou difícil a obtenção de certa mercadoria. Estas interferências são questionáveis não como violações da liberdade do produtor ou vendedor, mas na do comprador. (MILL, 2011, p. 68, *tradução nossa*)

⁴¹ “Nestes tempos, o mero exemplo de não conformidade, a mera refutação em curvar-se ao costume é, em si mesmo, um serviço.”⁴¹ (MILL, 2011, p.46, *tradução nossa*)

O *harm principle* [princípio do dano] de Stuart Mill é muito valioso nas sociedades constitucionalmente fundadas. O Estado não deve agir como “pai” dizendo o que o indivíduo pode ou não fazer, porque estes devem ter o direito de se desenvolver da forma mais livre possível. Embora seja inconveniente para setores que não desejam a transformação da sociedade, o desenvolvimento livre da vontade humana beneficia a todos, traz dinamismo e recicla o espírito humano. Por este e outros motivos Stuart Mill professa contra um Estado Paternalista.

O ensaio de Stuart Mill é um marco do liberalismo a partir de certo ponto civilizatório. É, deste modo, o princípio filosófico moral que rege esta nova sociedade. Metaforicamente podemos dizer que é a ilustração do capitalismo tardio, ou seja, o pensamento de vanguarda das civilizações fundadas no capitalismo, como modelo econômico, e na democracia, como modelo político.

Desde a Declaração de Independência de 1776 dos Estados Unidos, o desenvolvimento do indivíduo – a busca pela felicidade – é tido como direito humano.

“We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their Creator with certain unalienable Rights, that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness.”⁴² (EUA, 2013c)

As constituições hodiernas costumam incorporar para si essa noção de direitos humanos, naturais aos homens e inalienáveis. E todo o aparato judiciário é construído para a proteção dos direitos inalienáveis. Pela mesma razão que homossexuais devem ter a liberdade de não ser criminalizados – porque é uma decisão que só interessa à pessoa – também tem o homem direito ao consumo e venda de drogas (SCHEERER, 2013). Pode-se falar, neste enfoque moral, em um *direito às drogas*.

O *direito às drogas* emana do *direito humano ao livre desenvolvimento da personalidade* e é tolhido pela *política estatal de proibição*.

O economista neoliberal Milton Friedman partilha da mesma visão. A política de drogas é um típico exemplo de um mecanismo de “empreendimento socialista-

⁴² “Consideramos estas verdades como evidentes em si mesmas, que todos os homens são criados iguais, que são dotados pelo Criador de certos Direitos inalienáveis, que entre estes estão a Vida, a Liberdade e a busca da Felicidade.” (EUA, 2013c, *tradução nossa*)

estatal” autoritário – imposto de cima-para-baixo – que só gera ônus para os contribuintes.

“The war on drugs and the harm which it does are simply manifestations of a much broader problem: the substitution of political mechanisms for market mechanisms in a wide variety of areas.”⁴³ (FRIEDMAN, 2013)

Quando uma empresa privada falha, é fechada; quando um empreendimento do governo falha, colocam mais dinheiro. Por isso a guerra às drogas delonga-se *ad eternum*. Esse investimento desvia recursos do controle de outros crimes e causa danos à comunidade como um todo.

“... we are likely to make more progress against the war on drugs if we recognize that repealing drug prohibition is part of the broader problem of cutting down the scope and power of the government and restoring power to the people.”⁴⁴ (FRIEDMAN, 2013)

A moral do *livre desenvolvimento da personalidade*, contudo não é a única capaz de defender o consumo de *drogas*. De forma muito diversa Aldous Huxley traz a questão para debate. Em “*Doors of Perception*” [Portas da Percepção] de 1954, quase cem anos depois de Mill, relata a experiência com *mescalina*.

A *mescalina* foi sintetizada pela primeira vez em 1886 pelo farmacologista Louis Lewin durante seus experimentos com o cacto *Anhalonium Lewinii*. O cacto era conhecido, desde muito antes, por ameríndios do México e do Sudoeste dos Estados Unidos pelo nome de *peiole*.

A *mescalina*, porém, somente começou a ser experimentada pelos psicólogos Havelock Ellis e Weir Mitchell anos depois. Administrada em doses adequadas a substância altera a qualidade da consciência produzindo uma “expansão dos sentidos” e “alucinações visuais”, características semelhantes à consciência *esquizofrênica* (HUXLEY, 2009, p. 1).

Em 1953 Aldous Huxley voluntaria-se para tomar vinte e cinco gramas de *mescalina* dissolvidos em um copo d’água. Na crônica o autor relata como a *mescalina* altera a visão das coisas ao seu redor, principalmente o realce da

⁴³ “A guerra contra as drogas e os danos que ele faz são simplesmente manifestações de um problema muito mais amplo: A substituição de mecanismos políticos em mecanismos de mercado em uma ampla variedade de áreas” (FRIEDMAN, 2013, *tradução nossa*)

⁴⁴ “... tendemos a fazer mais progressos contra a guerra contra as drogas se reconhecermos que revogar a proibição das drogas é parte do problema mais amplo de reduzir o alcance e poder do governo e restaurar o poder ao povo.” (FRIEDMAN, 2013)

percepção visual do mundo – ao invés de verbal – o que ele denomina de “*naked existence*” [existência a nu] (HUXLEY, 2009, p. 4). Como explica na crônica, a função do cérebro e o sistema nervoso é proteger-nos de ser esmagados e confundidos por informações largamente inúteis e irrelevantes, filtrando tão só conteúdos que nos são úteis. A *mescalina* faz com que estes elementos possam ser acedidos, a mente deixa de se preocupar com classificações e explora o mundo livremente, visualmente enriquecido. Esta função é muito positiva para a humanidade.

Most men and women lead lives at the worst so painful, at the best so monotonous, poor and limited that the urge to escape, the longing to transcend themselves if only for a few moments, is and has always been one of the principal appetites of the soul. Arts and religion, carnivals and saturnalia, dancing and listening to oratory—all these have served, in H. G. Wells’s phrase, as Doors in the Wall. And for private, for everyday use there have always been chemical intoxicants.⁴⁵ (HUXLEY, 2009, p. 29)

Álcool, tabaco e outros “químicos intoxicadores” permitem que abramos “portas” nas “paredes” nas quais encerramos nossa percepção. O universal e sempre presente “impulso de auto-transcendência” do homem não pode ser abolido artificialmente fechando as *Doors in the Wall* [Portas na Parede] (HUXLEY, 2009, p. 31). Raciocinar sistematicamente é algo que não podemos viver sem, mas para permanecer são também não podemos viver sem percepção direta, não-sistemática, de nossos mundos (HUXLEY, 2009, p. 38).

Esta experiência extremamente enriquecedora para o autor é uma grande defesa do uso de *peíote*. Mas não só isso. É uma defesa de como as *drogas* permitem ao homem desenvolver-se como homem, como “ser genérico”. A discussão moral aqui posta é qualitativamente distinta das anteriores. O uso de *drogas*, da mesma forma que a religião e as artes, faz parte de uma objetivação

⁴⁵ A maioria dos homens e mulheres levam vidas na pior das hipóteses tão dolorosas, na melhor das hipóteses tão monótonas, pobres e limitadas que o desejo de escapar, o desejo de transcender a si mesmo mesmo que apenas por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma. Arte e religião, carnavais e saturnalia, dançar e ouvir oratória – tudo isso tem servido, na frase de H. G. Wells, como Portas na Parede. E para o privado, para o uso diário, sempre houve químicos tóxicos. (HUXLEY, 2009, p. 29)

humana – uma *revolução psicoativa* nos termos de Courtwright (2002) – que permite ao homem desenvolver novas possibilidades.

De certo modo este é o mesmo argumento utilizado por Timothy Leary em 1957, ex-professor de Harvard, em favor das experiências com *cogumelos “mágicos”* (*psilocibina*) e *ácido* (*LSD*). Os esforços de Leary de mobilizar a juventude e o seu lema “*Turn On, Tune In, Drop Out*” [Ligue-se, Sintonize-se, Largue] giravam em torno da defesa da expansão da consciência. “The overwhelmingly positive effects of getting out the good news about LSD would make any injuries and accidents, however regrettable, a small price to pay.”⁴⁶ (COURTWRIGHT, 2002, p. 89) A sua visão movimentou toda uma geração contra o *establishment* estadunidense. Não muito depois a *psilocibina* e o *LSD* serão *proibidos* pelo governo norte-americano e Leary, preso.

Aliás, nos anos sessenta o movimento hippie defendeu todo um redescobrimento do indivíduo. Defendiam a *emancipação* do indivíduo inclusive pelo uso de droga, mesmo que para isso tivessem que se afastar dos “*squared*” [quadrados] e formar comunidades *alternativas*.

É também neste campo que encontramos muita das manifestações artísticas da droga. E não foram poucas. Na música é notória esta influência. Desde os Beatles até clássicos do Jazz e inclusive músicos clássicos como Beethoven, um sem número de bandas e músicos cruzaram pelas “*Portas nas Paredes*” e relataram experiências preciosas. Alguns restringiram-se ao uso de *álcool* e *tabaco*, outros *heroína*, outros *crack-cocaína*, várias substâncias fizeram parte do repertório – muitos inclusive sofreram por causa dessas *drogas* – mas todos viram sua arte tornar-se mais rica por causa dessas experiências. Isso para falar dos músicos, mas se tivéssemos a oportunidade de explorar o mundo das artes, exemplos não acabariam nunca.

Embora ambos os argumentos morais expostos defendem o uso de drogas como forma de desenvolvimento humano, fazem-no por caminhos diversos.

O de Stuart Mill é um argumento moral negativo, ou seja, a liberdade individual só pode ser traçada na medida em que a sociedade não se envolve com os interesses que só pertencem ao indivíduo. Já a visão moral de Huxley e tantos

⁴⁶ “ Os efeitos esmagadoramente positivos de lançar as boas notícias do LSD faria quaisquer danos e acidentes, embora lamentáveis, um pequeno preço a ser pago.” (COURTWRIGHT, 2002, p. 89)

outros é que *drogas* geram efeitos positivos no homem, de autoconhecimento. Cercear a possibilidade desse autodescobrimento é cercear parte da essência humana.

Tendo a girar para este último ponto de vista. Como sabemos o *proibicionismo* não tem interesse nenhum em fazer com que a droga deixe de ser consumida, mas a perspectiva moral (ingênua) do proibicionismo – aquela em que podemos incluir nossos pais, os líderes religiosos, as ideologias de libertação – têm sim essa vontade de “extirpar” as drogas da face da terra.

Sem embargo, a vontade de queimar até a última planta de coca, de *cannabis*, de *tabaco* etc.; de criar uma mutação genética de cogumelos que substituíssem todos os cogumelos alucinógenos; de apagar da mente humana a destilação de licores ou a produção de drogas sintéticas como *ecstasy*; de efetivamente fazer essas substâncias sumir da face da terra é impossível.

Eliminar as *drogas* do mundo parece difícil, mas não estamos tão longe de um mundo em que as drogas sejam eliminadas do contexto social humano. Isto porque pesquisas farmacológicas recentes têm descoberto como cortar o efeito de algumas drogas no cérebro, seja por alterações genéticas, vacinas ou por remédios que tornam os efeitos desprezíveis ou inexistentes (NUTT, 2012, p. 296). Se a ciência vai conseguir isto para todas as *drogas* ainda é questão de ficção científica. Por enquanto a pergunta que cabe é, se possível tornar as *drogas* completamente ineficazes, é esta uma mudança benéfica para a humanidade?

Creio que a resposta é não. As *drogas psicoativas* fazem parte do gênero humano no sentido mais amplo da palavra, as tradições milenares (ou “decenares” no caso de drogas mais recentes) demonstram que elas fazem parte de uma objetivação humana. As *drogas* permitem potencializar nosso corpo orgânico para situações físicas e mentais que vão para além do simples uso medicinal, elas permitem-nos *reproduzir socialmente*. Para tomar alguns exemplos, tomar café pela manhã, cerveja em *happy hours* ou até mesmo *ecstasy* em *raves*, são atitudes tipicamente humanas, para além do nosso “ser biológico”.

Saber lidar com esses consumos é algo extremamente problemático. Dentre os graves problemas do álcool, beber em excesso pode levar a um *coma alcóolico* e eventualmente morte – algo que com certeza é problemático para a espécie humana –, assim como intoxicar-se com qualquer *droga* é reduzir nossas potencialidades, é dificultar, senão impedir, nossa reprodução social como seres emancipados.

Situações como essas são o produto do *uso de drogas*, mas não são os únicos, nem necessariamente as torna indesejáveis – todos sabemos que podemos morrer de *álcool* e por isso aprendemos socialmente a consumir essa droga problemática ao invés de ser simplesmente intoxicado por ela; aprendemos assim a usufruir dos benefícios recreativos que o *álcool* pode nos fornecer. Por outro lado parece ser difícil impedir que pessoas utilizem em excesso certas *drogas*, o que é inevitável.

There is also an entirely practical reason for accepting that a level of excessive drug use is always going to be part of human society: we simply don't know how to stop it. Humans are natural pleasure seekers.⁴⁷ (NUTT, 2012, p. 69)

O *crack*, a *heroína*, o *tabaco*, a *maconha* e o *álcool* são drogas utilizadas por muitos para aliviar suas misérias. Pessoas com graves dependências sociais, como moradores de rua, crianças em situação de exploração sexual etc. utilizam a droga justamente porque permite escapar dessa situação. A dependência da droga é apenas uma das inúmeras dependências sociais que estas populações passam. O problema da dependência da droga, aliás, muitas vezes poderia ser resolvido não fossem os diversos problemas cumulativos pelos quais se passa, como a fome, a falta de atendimento médico, os problemas mentais, enfim, carências de todo tipo.

O capitalismo atual faz com que muitas coisas sejam contraditórias no nosso cotidiano. A droga pode gerar alienação social, mas em si mesma a droga não é uma alienação, depende do uso que socialmente lhe atribuímos. A droga pode ser motivo de opressão entre homens, mas a história das drogas também está repleta de usos emancipadores. É por isso que um mundo sem drogas não é desejável, é desejável um mundo sem alienação. Essas duas lutas não podem ser confundidas sob o risco de jogarmos o bebê com a água do banho.

Pós anos sessenta a juventude influenciada pela contracultura redescobre as drogas e elas entram na cultura geral do mundo ocidental. Até esse momento as *drogas proibidas* eram vistas como fruto do submundo marginalizado, porém a inserção delas em todos os segmentos da sociedade parece ter sido um caminho

⁴⁷ Há também uma razão inteiramente prática para aceitar que um nível de uso excessivo de droga será sempre parte da sociedade humana: nós simplesmente não sabemos como pará-lo. Os homens são caçadores naturais de prazer. (NUTT, 2012, p. 69, *tradução nossa*)

sem volta. Ocorre que permaneceu na sociedade, desde então, uma visão de que o uso de *drogas proibidas* é uma atitude de adolescentes rebeldes.

De fato, o uso de algumas drogas na adolescência é muito mais problemático do que o seu uso na idade adulta por razões fisiológicas e psicológicas. Adolescentes são muito mais influenciados pelos seus colegas do que adultos, e fisiologicamente o fato que o organismo não está plenamente desenvolvido faz com que seja necessário banir ou controlar rigorosamente o uso de drogas psicoativas na adolescência. É natural que pais tenham pavor do envolvimento dos seus filhos com drogas, eles não estão completamente preparados para o seu uso.

Talvez por isso durante os anos setenta e oitenta vemos surgir associações de pais contra as drogas. Hoje não são somente os movimentos religiosos cristãos que reforçam as fileiras da política de proibição, mas também os grupos de pais (*parents group*) (MUSTO, 1999, p. 264). Um movimento social moral proibicionista.

Nos anos setenta, a ampliação do consumo de drogas por boa parte da sociedade americana força os especialistas médicos de admitir que a droga não gera uma dependência imediata e é possível o consumo de algumas drogas sem danos. Em geral os médicos estavam referindo-se a adultos, mas estavam cientes de que o uso não era tão perigoso quanto se dizia nas propagandas oficiais do governo, mesmo no caso de adolescentes. Esta constatação médica faz cair por terra o argumento sanitarista do governo que todas as drogas proibidas deveriam continuar sendo proibidas porque causam danos muito maiores do que as drogas legais. Só que os grupos de pais, associações, fundações, ONG's, federações de pais, como o *National Federation of Parents for Drug-free Youth* (NFP) [Federação Nacional de Pais para uma Juventude Livre de Drogas], vão se opor a esta sofisticada noção médica (MUSTO, 1999, p. 265).

Para os *parents group* – um modelo de raciocínio *familiar* – o acesso a todas as drogas, inclusive o *álcool*, devem ser banidas. O modelo de política que querem para toda a sociedade é aquela que idealizam para seus filhos, o absenteísmo. São, por isso os promotores de novas leis secas – que por exemplo defendem a proibição de beber na rua, a venda de *álcool* depois de certos horários etc. – bem como contrários a qualquer política que *seja mais leniente* com as drogas – como a descriminalização da *maconha*.

Foi neste pilar que as campanhas da Nancy Reagan “*Just Say No*” [Apenas Diga Não] apoiaram-se, aliás os Reagans (Ronald e Nancy) no *Speech to the Nation on the Campaign Against Drug Abuse* [Discurso à nação sobre a campanha contra o abuso de drogas] de setembro de 1986 dirigem-se conjuntamente ao público “And we speak to you not simply as fellow citizens but as fellow parents and grandparents and as concerned neighbors.”⁴⁸. (EUA, 2013a) O discurso não é apenas contra a maconha, mas também contra a engenhosidade dos traficantes que estão desenvolvendo a nova droga do crack, “to plot a new and better way to steal our children's lives”⁴⁹ (EUA, 2013a).

A maior parte das campanhas educacionais como *the partnership drugfree.org* desde os anos oitenta promove campanhas contra as drogas baseadas no terror e têm por alvo os adolescentes, mas acabam atingindo toda a sociedade. É também a mesma lógica dos programas *DARE – PROERD*, campanhas que levam policiais para falarem para as crianças sobre as drogas (proibidas).

Há uma importante crítica a estas campanhas educacionais, é que elas não são efetivamente “educacionais”. Assim como o filme *Reefer Madness* dos anos trinta, estas campanhas costumam exagerar ou distorcer informações desmesuradamente, ademais costumam tratar todas as drogas da mesma forma: “drogas fazem mal”. Tudo com o objetivo de assustar as pessoas a não usarem drogas. Só que muitas vezes o efeito é exatamente o contrário.

Government-led education programmes, such as the USA's Drug Abuse Resistance Education (DARE) programme (which also operates in the UK) has been found in some instances to *increase* drug use among participants in the short-term, probably because the children involved have developed an interest in the substances they've been told to “Just Say No” to. Over the long-term, research has found no difference between participants and non-participants, and in 2001 the US Surgeon General placed the DARE programme in the category “Does Not Work”.⁵⁰ (NUTT, 2012, p. 272)

⁴⁸ “E falamos a você não simplesmente como cocidadãos, mas como pais e avós e vizinhos preocupados.”. (EUA, 2013a, *tradução livre*)

⁴⁹ “tramando uma froma nova e melhor de roubar a vida das nossas crianças” (EUA, 2013a, *tradução nossa*)

⁵⁰ Descobriu-se que em alguns momentos programas de educação lideradas pelo governo, como o Educação à Resistência ao Abuso de Drogas (DARE) (que também opera no Reino Unido), aumentam o uso de drogas entre os participantes no curto prazo, provavelmente porque as crianças envolvidas desenvolveram um interesse em substâncias que eles foram orientados a “Apenas Diga

Perversamente estas campanhas de terror – e não de educação – tornam justamente os jovens ainda mais céticos sobre as informações oficiais (pais, professores, mídia, médicos e governo) correndo o risco de passar para fontes de informação ainda menos confiáveis. Por outro lado, a ênfase dada nas drogas proibidas, sem tratar nas drogas legais, cria a equivocada ideia que o uso e abuso de álcool e tabaco não são perigosos (MUSTO, 2012, p. 312; p. 279).

Não há como negar que muitas vezes estes grupos têm razão na sua intenção geral. Controlar o consumo de drogas (legais ou proibidas) é uma medida positiva. Um exemplo importante é o grupo *Mothers Against Drunk Driving* (MADD) [Mães Contra Condução Embriagada] que pressionam por leis mais rigorosas para aqueles que bebem e dirigem, uma preocupação legítima em função dos danos sociais ligados à direção sob efeito do álcool (MATZA; MORGAN, 2011, p. 139).

O problema é que estes grupos, por mais bem intencionados, erram no “atacado” quando impõe sanções exageradas em comparação com o a ofensividade da conduta e quando promovem o absenteísmo pelo terror. Uma comparação pode ser feita com a educação sexual nos colégios. Muitos pais são contrários porque não querem que suas crianças aprendam sobre sexo, mas o que se tenta ensinar não é a fazer sexo – isso, se não estão fazendo, eles vão fazer –, mas sim de fazer sexo seguro.

Ao todo os *grupos de pais* também extrapolam sua esfera quando exigem de toda a sociedade o que seria um padrão positivo para seus filhos. Quando exigem um Estado paternalista para cidadãos. Principalmente a cidadãos que têm idade e capacidade mental suficiente para decidir o que fazer com sua própria vida.

Por último, é preciso explicitar que os fundamentos morais sobre os quais o proibicionismo se baseia são passíveis de crítica legal-constitucional. De um lado o Estado é laico e, portanto, a religião não deveria ser força motriz para todos, mas apenas para aqueles que professam aquela religião e desejam se submeter a esses ditames. Em segundo lugar o Estado democrático paternalista fere a noção de cidadania sobre a qual se baseia ao negar o direito dos indivíduos em tomar suas

Não". A longo prazo, a pesquisa não encontrou nenhuma diferença entre os participantes e não participantes, e em 2001 o Cirurgião Geral dos EUA [nos EUA este é o chefe do Corpo Comitivo de Saúde Pública] colocou o programa DARE na categoria "Não Funciona". (NUTT, 2012, p. 272, tradução nossa)

próprias escolhas. Em terceiro lugar o Estado particularista fere a separação entre família e Estado universalizando particularidades familiares para todos os cidadãos que não precisam e não deveriam ser obrigados de se submeter a “um só modelo de vida” indo contra a onda democrática dos Estados. Finalmente, o Estado também fere o direito humano da pessoa em buscar sua felicidade como bem desejar.

Assim, os interesses morais em que o *proibicionismo* se funda são passíveis de radical crítica e se seguirmos a carta de princípios que as constituições se baseiam – especialmente a Constituição brasileira de 1988 – não é possível legitimar esta política democrática ou juridicamente.

4.3 O fundamento sanitaria: O terapeutismo e sua mão amiga

Um consenso entre médicos é que *drogas (lícitas e proibidas)* fazem mal. Essa afirmação tem certa validade, porém tem muitas exceções.

1. No caso de algumas poucas drogas, não há ainda provas que indiquem serem prejudiciais ao organismo ou que produzam “*dependência*” – como o *LSD*, a *psilocibina* e algumas outras drogas psicodélicas (NUTT, 2012, p. 253-255).
2. Alguns dos efeitos negativos são tão pequenos que a afirmação soa um pouco exagerada – como a *caféina*, a folha de *coca*, a *maconha* etc.
3. Colocando os efeitos em uma balança algumas *drogas* fazem mais bem do que mal, o que torna difícil um julgamento absoluto para todas as circunstâncias – como o *ecstasy*, *esteroides* etc.
4. *Drogas proibidas* não são necessariamente piores do que as legais nos seus efeitos. O *álcool* e o *tabaco* causam danos maiores do que o grosso das *drogas proibidas ou ilegais* – e aqui, mais do que nunca, é importante lembrar da diferença entre *efeitos primários* (aqueles diretamente relacionados à substância) e os *efeitos secundários* (aqueles gerados somente pelo *status político* da substância).
5. Ter cuidado com *não trocar advérbio por adjetivo*, ou seja, igualar o fato que muitas *fazem mal*, com que elas *são más*. A visão maniqueísta de

bom e mau pode até ser comum em parâmetros morais, mas não serve para análises científicas médicas.

Claro que as exceções acima não excluem a premissa geral que *drogas* – incluindo as *legais* – fazem mal ao nosso corpo, mesmo assim bilhões de pessoas no mundo consomem diariamente *drogas*. Em resposta surgiram *médicos* e *medicamentos*, *diagnósticos* e *tratamentos*, *pesquisas* e *práticas*, formando toda uma abordagem *sanitarista* do uso e do problema da *droga*.

Médicos, farmacêuticos e psiquiatras possuem um status social importante. Considerados especialistas no assunto, detêm o poder de administrar *drogas* e determinar o perigo ou não de uma substância. Só que para chegar a este patamar estas especializações sanitárias passaram por diversos estágios. Foi um processo de separação entre o público leigo e o profissional especialista. Antes deste período, médicos “competiam” com curandeiros, padres e xamãs pelo tratamento de alguém. Neste longo período noções como *droga*, *vício*, *excesso*, *abuso*, *dependência* etc. foram desenvolvidas.

Uma das primeiras descrições de um uso virtuoso ou vicioso de *álcool* está em Aristóteles (Ética a Nicômaco). Aqui a virtude de beber está no equilíbrio entre a sobriedade e o exagero. O *vício* é o uso extremado a substância.

Esta noção de uso virtuoso ou vicioso dependia de uma escolha pessoal – concepção central na Idade Média. O excesso era pecado e; o uso de substância psicoativa, heresia. “O papel da Igreja na formação dessas atitudes foi determinante, pois o cristianismo condenava qualquer comportamento aberrante ou excessivo.” (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011, p. 43)

Até o século XVI, *drogas* comuns eram extremamente escassas e algumas desconhecidas (COURTWRIGHT, 2002). A destilação de bebidas na Europa, por exemplo, pode ser somada a outros importantes fatos que marcaram o fim do período medieval, como as Grandes Navegações e tecnologias agrícolas.

Havia um grande controle comunitário de quem bebia e quanto se bebia, a Igreja realizou um o papel de restringir/controlar o consumo de *álcool*. Penas públicas vexatórias eram forma peculiar de repressão social ao “bêbado contumaz” (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011, p. 43). Porém, a secularização da sociedade, a produção em larga escala e o maior conteúdo de *álcool* por unidade contribuíram para o aumento do abuso de *álcool*. No lugar da Igreja surgiram os *especialistas* no tema das “*drogas formadoras de hábito*”.

Inicialmente os filósofos morais cumpriram este papel, foram contudo lentamente substituídos por *médicos*. Antes do século XIX, loucos, dependentes e todo tipo de transtornos comportamentais não eram objeto da *medicina*. Ela começou a dar respostas às patologias do corpo e às patologias sociais.

O começo da psiquiatria como ramo médico deu-se no campo da neurologia. Alguns pacientes reclamavam de sintomas de doenças tipicamente neurológicas, porém em uma análise meticulosa, aparentemente estavam sãos. Os médicos privados encaminhavam esta pessoa a um especialista neurológico para certificar-se que o paciente não padecia de nenhuma doença no sistema nervoso.

Até então por *doença* entendia-se uma patologia orgânica na estrutura do corpo. Quando havia, encaminhava-se o paciente a algum tratamento; quando não, não havia nada que curar. Logo, o paciente era rechaçado por *malingering* [fingimento ou simulação de doença] (SZASZ, 2011, p. 17).

Foi assim até o desenvolvimento do conceito de *histeria* por Jean-Martin Charcot – neurologista, professor de Freud, Breuer e outros – que eventualmente acabou conduzindo ao conceito de *doença mental* e da especialização médica da *psiquiatria*. (SZASZ, 2011, p. 21).

O modelo de *tratamento* foi *cientificizado* pela via da *medicina*. O que era considerado objeto de cientistas sociais tornou-se assunto de cientistas biológicos. *Histéricos* ganharam o “privilégio” do tratamento equivalente aos doentes comuns. O conceito de *doença mental* estender-se-á a outros comportamentos até que finalmente *dependentes* também serão objeto da medicina. O *tratamento de dependentes* passou por alguns modelos médicos, como podemos observar no caso do *alcoolismo*.

O primeiro modelo, o *moral*, mantinha o entendimento medieval que o *vício* era uma escolha (equivocada) do indivíduo. Esse modelo foi majoritariamente substituído por dois outros mais “científicos”: o modelo da temperança e; o modelo da degenerescência neurológica (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011, p. 44).

O modelo da temperança (em torno de 1790) formulado por Benjamin Rush e Thomas Trotter sugere que a *embriaguez* é uma “*doença*”, um hábito que deve ser desaprendido mediante tratamento. Eles desenvolveram um “*continuum* de gravidade” da embriaguez: começa com a escolha, torna-se um hábito e desenvolve-se como uma necessidade fisiológica na pessoa. Neste estágio final a

pessoa torna-se uma *adita* e sente uma incontrolável vontade de beber (MATZA; MORGAN, 2011, p. 136; PERRENOUD; RIBEIRO, 2011, p. 44)

Este modelo *comportamental* foi antagonizado pelo modelo *biologista* da *degenerescência neurológica*. No livro *Alcoolismus Chronicus*, o sueco Magnus Huss enfatiza, sobretudo, as complicações clínicas, a necessidade de internação e o tratamento físico (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011, p. 44).

Os três enfoques formam três abordagens *sanitaristas*. São modelos que visam *despatologizar o indivíduo na sociedade* seja pela via *moral, comportamental* ou *neurológica*. Os modelos de tratamento contemporâneos, mais ou menos científicos, misturam essas propostas dando mais ou menos peso a cada modelo.

Entre um modelo e outro não haviam somente interesses morais ou apenas preocupados com o *sofrimento da adição*⁵¹. A afirmação social das profissões sanitarias jogou um papel crucial. O grande apoio das associações médicas (AMA) e farmacêuticas (APhA) à *Food and Drugs Act* (1906) mostram bem essa relação.

A história mostra como, a partir do século XIX, os Estados nacionais outorgam a atividade de diagnosticar e tratar com exclusividade aos médicos. É um processo *estatal* de valorização da profissão médica muito bem vinda para estes profissionais. O Estado também fica encarregado de dizer o que é preciso fazer para torna-se médico e estabelece legalmente os limites para exercer a medicina.

É, sem dúvidas, um controle Estatal às profissões sanitarias. Em contrapartida estes profissionais ganham a atribuição Estatal de exclusividade. Cria-se um monopólio de um saber médico *científico*, enunciador de verdade. *Leigos* não tem o poder de enunciar a ciência, apenas de opinar, e aqueles que praticarem qualquer atividade sem sanção estatal são *curandeiristas*. A prática de *curandeirismo* é inclusive criminalizada pelo Estado. O único profissional legitimado para diagnosticar e tratar (inclusive “medicar” *drogas*) é o médico. Este *status* dos médicos restringiu sua autonomia no exercício da profissão, mas os beneficia contra uma “*concorrência*” externa (RODRIGUES, 2004, p. 136-137).

⁵¹ Embora o termo “adição” seja um termo estranho no Brasil, onde se usa exclusivamente o conceito de dependência, é muito comum a existência desse termo “adição” – mais popular e carregado de uma maior conotação moral – e também do termo “dependência” – mais técnico da medicina –, no resto do mundo, especialmente nos países de fala inglesa. Optamos por usar o conceito de adição e também o de dependência para tentar dialogar com sutis diferenças que estes termos possuem. (Para uma discussão mais aprofundada sobre o assunto ver MATZA; MORGAN, 2011)

Não é menor a influência desta decisão na vida dos “*homens comuns*”. Porém, estas mudanças não vêm necessariamente em prejuízo da população – o desenvolvimento dos hospitais modernos é progresso incontestável. O perigo maior reside no deslocamento do *tratamento do corpo* para o *tratamento da vida social*. Estas transformações iniciadas durante o século XIX realizam uma colonização de relações sociais múltiplas travestidas de “ciência biológica”.

[...] a medicina moderna se constitui com uma vocação política intrínseca, centrada principalmente no sentido da ordenação e normatização positiva da vida social, que, principalmente com o crescimento das cidades, tomadas como um caos fecundo para todo tipo de doença, loucura e desordem tinha a obrigação de agir. Prevenir e sanar eram tão importantes quanto tratar, e essas seriam, necessariamente, tarefas primordiais da medicina. (FIORE, 2005, p. 262)

A intromissão sanitarista na sociedade – ditando o que o indivíduo pode ou não tomar – não é a função *clássica* da medicina. Em realidade, extrapola a fronteira ética médica estabelecida pelo juramento hipocrático que obriga o *médico* a agir conforme os interesses do *paciente* (SZASZ, 2011, p. 61-62).

Não obstante, em muitas ocasiões os profissionais médicos cumprem fielmente a função de conformar uma imagem de *coletivo*, de *normalidade social* não conforme os interesses dos pacientes, mas conforme outros interesses sociais dominantes.

Na União Soviética, médicos não eram chamados para tratar doenças, mas avaliar o desempenho dos trabalhadores. No nazismo médicos desenvolveram teorias biológicas da superioridade da raça ariana sobre outras. Em várias partes do mundo, médicos executam a pena de morte mandada pela justiça.

Políticas estatais sempre convocam médicos para executar seus efeitos sobre a sociedade, inclusive o *proibicionismo*. “Em ambas as dimensões, a das ingerências sobre médicos e usuários, a proibição consolidou a transformação da questão do uso de psicoativos em um problema de *segurança sanitária*.” (RODRIGUES, 2004, p. 137, grifos do autor). Esta *segurança sanitária* expressa-se em termos como “dependência”, “adição”, “vício”, “abuso” etc. que agora aprofundaremos.

Já sabemos que não há um conceito substancialista que permita separar as drogas legais e proibidas. Não são os danos para a saúde individual ou coletiva que diferenciam as drogas, mas seu *status político*. “The inherency thesis that the judgments reflect the inherent dangers of the substances is difficult to take seriously because of the great deadlines associated with tobacco and the danger associated with alcohol.”⁵² (MATZA; MORGAN, 2011, p. 134)

Portanto, quando tratamos dos *efeitos das drogas sobre a saúde* – e os seus problemas decorrentes – temos que partir de um referencial que trate de todas as drogas (independente do seu *status legal ou “proibicional”*) e também que as individualize conforme efeitos no sistema nervoso.

Drogas psicoativas (todas) são substâncias externas ao organismo que quando consumidas produzem alguma alteração na química do cérebro aliviando a dor ou gerando prazer. A maior parte das pessoas não desenvolve um comportamento compulsivo, porém uma minoria conduz-se para um uso abusivo e *adição (dependência)*, da mesma forma como minorias tornam-se *aditas* a comida, apostas ou sexo (NUTT, 2012, p. 132).

Aqui o caso do *álcool* é ilustrativo. O *proibicionismo* do *álcool* nos Estados Unidos passou por três etapas. Primeiro um consumo de *álcool* legal, mas condenado socialmente; segundo a proibição da venda de *álcool*; terceiro a re-legalização da produção, venda e consumo.

No primeiro momento a sociedade estadunidense – e o movimento da temperança – conformou-se como um movimento de classe média e elites que desejavam a abstinência de *licores destilados* e moderação no uso de *cerveja* e *vinho*. O conceito do problema era claro: se a embriaguez causava a perda do controle individual, o consumo coletivo conduziria à perda de controle social (MATZA; MORGAN, 2011, p. 136) Só que o amplo consumo de *álcool* na sociedade americana fez com que os problemas da proibição aparecessem rapidamente. O acirramento dos conflitos sociais por causa da criminalização mobiliza forças para que a proibição fosse repelida em 1933.

⁵² "A tese inerente de que os julgamentos refletem os perigos inerentes das substâncias é difícil levar a sério por causa das grandes reduções de vida associadas ao tabaco e o perigo associado ao álcool." (MATZA; MORGAN, 2011, p 134)

Nesta terceira fase, houve um vácuo “ideológico” sobre o assunto. A *indústria do álcool* insistia na legitimidade do seu consumo, enquanto os *proibicionistas* apontavam a danosidade ligada ao *álcool*. Nenhuma das duas visões predominantes conseguia ganhar a maioria da população. Era uma dúvida moral básica: “álcool, bom ou mau?”.

A resposta não se baseou nessa dicotomia.

Em meados dos anos trinta a formação dos grupos de *Alcoólicos Anônimos* (AA), no seio das comunidades cristãs, incorpora o conceito médico que o alcoolismo é uma *doença* – não deveria ser penalizada, mas tratada.

Destarte criou-se uma “resposta padrão”, fácil de ser assimilada, baseada na *individualização do controle social do alcoolismo*. “*Beber socialmente*” é uma atividade tolerada; “*alcoólatra*” corresponde a uma minoria de consumidores problemáticos, já que existem diferenças individuais na capacidade de lidar com o *álcool*. O conceito de *adição* surge para indicar que apenas uma minoria dos usuários de álcool sofrem das consequências negativas, a maioria bebe *normalmente* ou *socialmente* (MATZA; MORGAN, 2011, p. 138-139). No entanto, este esquema permaneceu condicionado ao *alcoolismo* e não valia para as outras drogas (proibidas ou não).

Esse fator é historicamente muito curioso porque o uso em excesso de *tabaco* – que já era uma das *drogas* mais populares e que é muito prejudicial para a saúde – não era reconhecido como *aditivo* (NUTT, 2012, p. 133).

Embora a noção de *adição* e de uso *social* do *álcool* seja plenamente possível para a quase todas *drogas proibidas*, a ficção jurídica criada pelo *proibicionismo* diz que qualquer uso de drogas é um abuso e que qualquer usuário de drogas é um *adito*. “As in the case of alcohol, addiction takes its meaning in contrast with normal, social use. This background meaning is lost or buried in the case of illegal drugs, since the law does not brook a social usage once an activity is deemed illegal.”⁵³ (MATZA; MORGAN, 2011, p. 140)

Esta ficção legal pode até ser válida no mundo jurídico, mas socialmente no mundo dos usuários costumeiros de drogas há uma separação clara entre *usuários*

⁵³ “Tal como no caso do álcool, a dependência assume o seu significado em contraste com o uso normal, social. Este significado de fundo foi perdido ou enterrado no caso de drogas ilegais, já que a lei não tolera um uso social quando uma atividade é considerada ilegal”. (MATZA; MORGAN, 2011, p 140, *tradução nossa*)

recreacionais e usuários problemáticos (MATZA; MORGAN, 2011, p. 141). Médicos também tendem a aceitar essa separação. A *adição* é, portanto, doença mental da *minoria* dos usuários de drogas que pode ser causada por qualquer *droga psicoativa*, seja ela legal ou não.

A origem da *adição (dependência)* está relacionada com três fatores: 1. Fatores relacionados às drogas (como a droga chega ao cérebro e o que faz lá); 2. Fatores sociais (disponibilidade e tolerância ao uso da droga); 3. Fatores pessoais e biológicos (idade, sexo, genética etc.) (NUTT, 2012, 132; FONSECA; LEMOS, 2011, p. 26).

A *dependência* está relacionada com químicos do prazer no cérebro e com os processos com que aprendemos comportamentos repetidos.

- a) *Drogas* podem aliviar a dor ou produzir um estado de espírito agradável (causar euforia). Estas características estão ligadas ao “*circuito de recompensa cerebral*” que é um setor importante para a sobrevivência da espécie, pois grava onde há alimento e parceiras sexuais. O *circuito* memoriza o estímulo como “bom” e incentiva sua repetição. As *drogas* agem no *circuito de recompensa cerebral* subvertendo sua “função primitiva” (FONSECA; LEMOS, 2011, p. 26).

Cada neurotransmissor é responsável por um efeito no cérebro:

“Dopamine is involved in drive and desire and perhaps reward; endorphins give peace and pleasure, reduce suffering, and numb pain; GABA and glutamate regulate memory; serotonin may be involved in attributing meaning to experience. Noradrenaline seems to be related to impulsivity and compulsivity [...]”⁵⁴ (NUTT, 2012, p. 136).

A dopamina parece ser peça chave. Pesquisas indicam que a *adição* é mais comum entre pessoas com números baixos de dopamina. A lógica é que, quanto menos receptores de dopamina no cérebro, maior é a necessidade de consumo para sentir prazer com a substância. O baixo nível de receptores de dopamina pode ser

⁵⁴ A dopamina está envolvida na vontade e desejo e talvez recompensação; as endorfinas dão paz e prazer, diminuem o sofrimento e entorpecem a dor; GABA e glutamato regulam memória; a serotonina pode estar envolvida na atribuição de sentido à experiência. A noradrenalina parece estar relacionada à impulsividade e compulsividade [...]. (NUTT, 2012, p. 136, *tradução nossa*).

genético, variar conforme o ambiente social ou uso repetitivo de algumas drogas que alteram este sistema – como *crack* e *metanfetaminas* (NUTT, 2012, p. 138).

b) Para que uma *droga* seja *capaz* de gerar *dependência* seu efeito deve ser rápido o suficiente para criar uma associação mental entre a substância e o efeito de prazer. Se consumirmos uma *droga psicoativa* sem estar cientes disto, isto é, sem *esperar* seus efeitos, a sensação é de intoxicação. Igualmente, a associação mental entre a *droga* e prazer é mais efetivo quanto maior a rapidez do efeito sobre o cérebro.

a. O início da ação tem relação direta com a via pela qual a droga entrou no organismo, quanto menos barreiras tenha que atravessar para atingir o cérebro, mais rápido seu efeito (FONSECA; LEMOS, 2011, p. 26). Assim uma mesma substância pode variar imensamente no seu *potencial aditivo*. A *cocaína* e o *crack* são substâncias farmacologicamente semelhantes, mas o fumo do *crack* gera um início mais rápido do que cheirar *cocaína* e, portanto, causa maior dependência.

b. A duração do efeito também é importante. Depende de duas fases: distribuição e excreção. O cérebro é muito irrigado e por isso é uma das primeiras partes a receber o efeito da droga, depois disso ela é distribuída por outros tecidos dependendo de fatores orgânicos de da substância. A excreção é a metabolização e excreção da substância do organismo (FONSECA; LEMOS, 2011, p. 28).

Tolerância

Um princípio fundamental do uso de qualquer *droga* é quanto maior a frequência com que se toma a *droga*, com maior velocidade escala a *tolerância*, porque entre uma dose e outra o cérebro tem menos tempo para se reajustar. O desenvolvimento da *tolerância* é um processo neuroadaptivo no sistema nervoso central. A forma mais extrema de formação da tolerância são as “*farras*” (*binges*) – permanecer em um estado de intoxicação por um período prolongado (FONSECA; LEMOS, 2011, p. 28).

A função da *tolerância* é evitar que o excesso da droga conduza a uma *overdose*. Uma complicação deste mecanismo é que após certo período de abstenção à substância, a *tolerância* é “esquecida” pelo cérebro.

Então, por exemplo, o organismo que estava adaptado a uma alta quantidade de *álcool*, após um período de não mais de dois meses de abstinência, esquece essa tolerância. Nesta situação se a pessoa subitamente voltar beber a quantidade que estava acostumada pode entrar em coma *alcóolico* e morrer. Casos como esses não são raros, foi inclusive a causa do falecimento recente da cantora Amy Winehouse (NUTT, 2012, p. 139).

Withdrawal and craving / abstinência e anseio

Depois de formada a *tolerância*, assim que o uso de droga é interrompido o cérebro precisa se readaptar. O processo químico cerebral é uma síndrome denominada “*afastamento ou abstinência*” (*withdrawal*) que tem dois lados, um físico e outro psicológico. Os efeitos físicos, muito dolorosos, consistem no exato oposto efeito da *droga* (FONSECA; LEMOS, 2011, p. 29): se a droga relaxa, sem ela permanecemos agitados e vice-versa. Além desses *efeitos físicos* há também os *efeitos psicológicos* da *abstinência*.

Entre eles é possível sofrer de níveis baixos de dopamina (*anedonia*) o que está associado com depressão e incapacidade de sentir prazer. Outros *efeitos psicológicos da abstinência* têm causas diversas e são difíceis de ser *tratados*. O efeito da “*ânsia*” (*craving*) persiste mesmo anos depois do desuso da droga, podendo levar a *recaídas* (*relapse*). De mais a mais, enquanto o sofrimento dos efeitos físicos podem ser atenuados ou excluídos com medicação, os efeitos psicológicos demandam acompanhamento terapêutico contínuo (NUTT, 2012, p. 141-142).

O modelo de Himmelsbach de 1941 a partir das observações nos *dependentes de morfina* explica o mecanismo da *tolerância* e *síndrome da abstinência*. A *morfina* age produzindo alívio (relaxando e diminuindo a dor) por uma reação neuroquímica que exacerba uma função já existente no cérebro. A exposição repetida à *morfina* acaba inibindo o mecanismo biológico autônomo, como se o cérebro estivesse compensando o excesso de estímulo – criando *tolerância*. Para obter o mesmo efeito inicial é preciso aumentar a dose. Se houver uma interrupção súbita de *morfina*, o cérebro não terá tempo de voltar imediatamente à sua condição anterior. Neste período de readaptação, a falta de adaptação do mecanismo

autônomo do cérebro torna a pessoa agitada e extremamente sensível à dor (FONSECA; LEMOS, 2011, p. 29).⁵⁵

Síndrome da dependência

A *síndrome da dependência* é doença (mental) pelo CID10 (Classificação Internacional de Doenças da OMS) na categoria (F10-F19) “*permanecer em um estado de intoxicação por um período prolongado*” que pode ocorrer com todas as drogas – incluindo álcool, tabaco e cafeína. (OMS, 2013).

A definição oficial da síndrome da dependência é a seguinte:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. (OMS, 2013).

Como se observa, hoje a *adição (dependência)* é considerada uma *doença* (mental) determinada não apenas pelo efeito neurológico de *tolerância* e *afastamento (withdrawal)*, mas em conjunto com o sentimento de *ânsia (craving)* e de experimentar a perda de controle sobre as próprias ações. Estes critérios medem “[...] a dificuldade do indivíduo de interromper o uso da droga mesmo desejando fazê-lo, ou o domínio do comportamento de consumir a droga sobre outras prioridades. Em resumo, um comportamento compulsivo de uso de droga.” (FONSECA; LEMOS, 2011, p. 30)

⁵⁵ “Na presença de morfina, ocorre ativação de proteínas G inibitórias, resultando em diminuição da produção de adenosina monofosfato-cíclico (AMPc). Em consequência há redução do Ca⁺ intracelular. A deficiência de Ca⁺ resulta em diminuição da liberação de neurotransmissores que dele dependem para a exocitose das vesículas sinápticas durante a passagem para o potencial da ação.

Com exposição repetida, ocorre compensação dessa inibição, com a expressão aumentada da atividade da adenilciclase e normalização da produção de AMPc. Neste ponto acontece o fenômeno de tolerância: a morfina na dose administrada deixa de fazer efeito e, para obter o efeito anterior, a dose deve ser aumentada. Entretanto, se o suprimento de opióides tiver interrupção subida, haverá um excesso de atividade de adenilciclase, um consequente nível aumentado de AMPc e, então, liberação excessiva de neurotransmissores. Em outras palavras, a síndrome de abstinência.” (FONSECA; LEMOS, 2011, p. 29)

Um *adito* ao café, por exemplo, pode sentir os efeitos físicos da falta de *cafeína* (tolerância e abstinência), mas como o efeito psicológico da ânsia e falta de controle é leve, não o consideramos um *adito* (NUTT, 2012, p. 143).

A *tolerabilidade social* permite excluir a condição de *dependência* de alguém, o que é – como demonstrado – positivo para a saúde do consumidor. Em um contexto de proibição do cigarro, a falta de tolerabilidade conduziria a graves problemas sociais para os fumantes (NUTT, 2012, p. 145).

Tratamento

Provavelmente o modelo de tratamento mais reconhecido seja o Alcoólicos Anônimos (AA). O AA considera o alcoolismo uma *doença* – utiliza, portanto, uma perspectiva médica –, mas difere de tratamentos medicamentosos ou biologicistas porque leva em consideração a vontade do *alcoolista* e tenta re-estruturar os seus vínculos sociais. Entre as “técnicas” o AA baseia-se amplamente em reuniões frequentes, apoio grupal e suporte individual pelos veteranos – complementado uns aos outros. O Alcoólicos Anônimos trabalha com um programa de 12 passos focados na completa *abstinência* e vê a *dependência* como uma *doença* permanente durante toda a vida, mas possível de ser vencida pelo apoio social e força de vontade (MATZA; MORGAN, 2011, p. 138).

Outra modalidade de *tratamento* é a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC). Este tratamento também é baseado na voluntariedade. O *psiquiatra/psicólogo*, junto com o *paciente*, desenvolve técnicas para lidar com a compulsão do consumo de *drogas*. Nas sessões terapêuticas e nas “tarefas de casa” são aperfeiçoadas diversas técnicas entre elas: avaliar as vantagens e desvantagens de consumir a *droga*; treinamento de relaxamento para lidar com situações de alto risco de recaída; concentração nas reações corporais desagradáveis quando sentir o *anseio* (*craving*); etc. (ZANELATTO, 2011, p. 257).

Outros tipos de *tratamento* envolvem terapias individuais, coletivas ou familiares, em que o ambiente que causou a adição possa ser discutido e lidado. “If the environment doesn’t change, treatment is unlikely to work.”⁵⁶ (NUTT, 2012, p. 157).

⁵⁶ “Se o ambiente não muda, é improvável que o tratamento funcione.” (NUTT, 2012, p. 157, *tradução nossa*).

Em alguns casos há uso de fármacos que buscam diminuir os *efeitos físicos e psicológicos da abstinência*. Os fármacos podem atenuar (como é o caso da *metadona* para a *heroína*) ou excluir alguns destes efeitos. Alguns *medicamentos* conseguem bloquear o sentimento prazeroso da *droga* – evitando recaída (como é o *dissulfiram* para o *álcool*). Outras *drogas* mostraram resultados psicológicos significativos como a *pislocibina* e a *ibogaina*. Outrossim, outros *medicamentos* como a *D-cicloserina* utilizada para o tratamento de fobias também tem surtido efeitos significativos (NUTT, 2012, p. 296-299).

Maintenance / manutenção

Mesmo com todos esses *medicamentos*, muitas vezes o desenvolvimento do *quadro clínico de dependência* não consegue ser resolvido com a *abstinência* – o uso excessivo de algumas *drogas* alteram funções neuronais de forma irreversível – e pacientes precisam ser fornecidos da *droga* durante sua vida inteira “[...] there’s no such thing as “recovery” from addiction in the way that you can “recover” from a broken arm.”⁵⁷ (NUTT, 2012, p. 173)

Nestes casos o *tratamento* é semelhante à *insulina para a diabetes*, não há cura, mas a pessoa consegue viver uma vida normal sob *tratamento*. São as hipóteses de *maintenance* [*manutenção*], um *tratamento* que poucos *médicos* estão dispostos a levar em consideração (NUTT, 2012, p. 173).

Por causa do *modelo de tratamento moral* das drogas, sempre houve uma crença (uma fé, um modelo ideal) maior que todos os usuários de drogas, sem exceção, poderiam ser tratados com *abstinência*. Não era pequena a pressão, já que continuar usando *drogas psicoativas* não é bem visto pela sociedade. A predisposição de governos de querer parecer “duros” na questão das drogas também dificulta.

A *manutenção* (*maintenance*) médica data dos primeiros tempos da proibição da venda de *morfina* e *heroína* nos Estados Unidos no começo do século XX. Na medida em que farmacêuticos foram progressivamente sendo mais controlados pelo governo, foi sendo limitada a livre oferta delas sem prescrição médica. Usuários contumazes tiveram de recorrer aos *médicos* dispostos a prescrever as *drogas*. Sabendo do sofrimento que a abstinência pode causar, muitos

⁵⁷ “[...] não há tal coisa como “recuperação” do vício da mesma forma que você pode “recuperar-se” de um braço quebrado.” (NUTT, 2012, p. 173, *tradução nossa*)

médicos consideravam a tarefa da prescrição como uma obrigação da profissão, mas não eram bem vistos pela comunidade. Deste período cunhou-se o termo pejorativo *dope-doctor* [doutor-dopador].

Igualmente, os governos utilizavam de várias estratégias para controlar a prescrição de *morfina* e *heroína*, entre elas exigir grande burocracia, abrir inquéritos e processos criminais, ameaçar retirar a licença médica etc. Só nos primeiros quatro meses da *Harrison Narcotic Law* de 1912 foram denunciados duzentos e cinquenta e sete médicos e quarenta dentistas (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 4357).

Toda essa pressão resultou na diminuição da tolerabilidade médica na prescrição de derivados do *ópio*. *Tratamentos* baseados na abstinência, conquanto de baixa eficácia, eram mais aceitos (MUSTO, 1999). Na Europa demorou muito para os médicos pararem de receitar *morfina* ou *heroína* a dependentes se achassem necessário (nos Estados Unidos a prescrição a dependentes era chamado de *modelo britânico* ou *modelo Europeu*) (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 4054).

Já mostramos como o uso contínuo e crescente de derivados de *ópio* (modelo Himmelsbach) causa alterações cerebrais e como a abstinência completa ou gradual é fonte de enorme sofrimento. Especialmente imposição de “*go cold turkey*” [interromper abruptamente] é profundamente dolorosa, nestes usuários habituais a falta da *heroína* ou *morfina* causa hipersensibilidade à dor, tremores incontroláveis, câibras musculares, diarreia, pressão baixam, náuseas, insônia e febre (NUTT, 2012, p. 162-163). A *abstinência* do *álcool* é ainda pior, em casos agudos pode até levar à morte.

Até a primeira metade do século XX médicos entendiam que deixar seus pacientes passar por crises severas de abstinência era medida inumana, mas hoje a prescrição dessas *drogas* é rigidamente vetada pelas Convenções Internacionais. Atualmente os tratamentos de manutenção de *cocaína*, *morfina* e *heroína* são proibidos para médicos em quase todo o mundo – a Suíça em um período recente autorizou esta prática médica, mas por pressões acabou desistindo da iniciativa (NUTT, 2012, p. 164).

Sabe-se que muitos usuários não conseguem passar pelos atuais tratamentos psiquiátricos porque a meta de *abstinência* completa é muito dolorosa, o que os leva sem hesitação de volta ao mercado negro. Não obstante a *droga* adquirida no mercado negro tem uma série de problemas que não existem na *droga*

prescrita. A *droga* comprada legalmente tem um controle de qualidade que reduz perigo de dosagem equivocada, uma subministração segura e segurança da pureza da substância.

A vedação legal de *maintenance* da *droga* fez com que os médicos descobrissem os *substitutos*.

Os *substitutos* são de duas ordens. Podem ser agonistas completos: substituir inteiramente o efeito da *droga*, mas ser menos danosa do que a *droga* original (como a *metadona* para a *heroína*) ou; *agonistas parciais* que agem *parcialmente* da mesma forma que a *droga* de origem (como os *adesivos de nicotina* para o *tabaco* ou; *buprenorfina* para *heroína*) (NUTT, 2012, p. 160). Como a *heroína* é uma das drogas cuja dependência é mais grave na Europa e Estados Unidos, os *substitutos* atuais mais conhecidos são desta droga. (Há outros medicamentos que auxiliam no tratamento da dependência, mas apenas os *agonistas* e *agonistas parciais* são *substitutos*).

A *metadona* é um *opíáceo* sintético desenvolvido durante a segunda guerra mundial pela Alemanha quando o seu suprimento de *ópio* foi abruptamente cortado. As Convenções Internacionais proibiam apenas o *ópio* e seus *derivados*, mas a *metadona* – um *substituto sintético* – estava fora desses esquemas de proibição. Aproveitando-se desta vantagem, dois médicos estadunidenses, Marie Nyswander e Vicent Dole, nos anos sessenta usaram da lacuna legal para estabilizar a crise de abstinência dos usuários dependentes de *heroína*. O casal inovou e resgatou o *tratamento médico* da *dependência* pela via de *maintenance*, só que com um *substituto*. A *metadona* era ingerida por via oral, misturado com suco de laranja para atenuar o gosto amargo (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 7016).

A grande vantagem da *metadona* é que ela age sobre o mesmo sistema neuronal que a *morfina* e *heroína* só que com um efeito mais suave e de duração maior. Destarte, a oferta de *metadona* permitia que os *usuários dependentes* consigam controlar suas vidas: 1) porque evita a *injeção* – já que a injeção endovenosa é fonte de riscos para a saúde; 2) porque em usuários dependentes não produz uma “viagem”, mas estabiliza as funções cerebrais que dependem da *heroína* e *morfina* para funcionamento normal e; 3) porque evitam que o usuário tenha que subministrar nova dose a cada quatro horas, já que tem uma duração de até 24 horas (NUTT, 2012, p. 164).

A *metadona*, portanto, diminui a “*obsessividade ou desejo*” (*craving*) e não produz os efeitos da *abstinência* enquanto permite reduzir progressivamente a *heroína* em algumas semanas (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 7066). Só que ao igual que a *heroína* e *morfina*, o uso de *metadona* também gera *dependência*, por isso não pode ser comparada com uma *atadura* para *fraturas*, é melhor pensá-la como a *bombinha* para *asmáticos* – o tratamento é necessário durante a vida toda.

Ademais, a *metadona* também traz as mesmas complicações que os outros *derivados de ópio* têm. Usuários de longo prazo sofrem de *letargia* – criando dificuldades para se manter no trabalho – e da síndrome de abstinência, com maior duração que a *heroína* (NUTT, 2012, p. 165).

A *buprenorfina*, um *substituto sintético* mais recente, é uma alternativa a estes problemas. Não produz um efeito de *letargia* e tem uma duração de até três dias – o usuário não precisa ir todo dia à clínica buscar uma nova dose. O lado negativo da *buprenorfina* é que não consegue evitar todos os efeitos físicos negativos da abstinência de *heroína* e o seu uso misturado com outras drogas traz perigos. Embora nem todos os *pacientes* podem ser tratados com a *buprenorfina*, em geral o uso *psiquiátrico* é mais vantajoso do que o da *metadona* (NUTT, 2012, p. 166).

Esses são os exemplos mais conhecidos mas há também outros substitutos para outras drogas. Em todo caso:

There is no “one size fits all” of treatment, because addiction has a great many different causes and all people are different. Some people may indeed be able to remain abstinent without any pharmacological substitute. While this is the ideal, for other, attempting to stay “clean” makes the risk of relapse much higher, and pharmacological substitutes are necessary to reduce the chaos of their lives.⁵⁸ (NUTT, 2012, p. 168)

⁵⁸ Não existe um “one size fits all” do tratamento, porque a dependência tem um grande número de causas diferentes e todas as pessoas são diferentes. Algumas pessoas podem realmente ser capaz de se manter abstinente sem substituição farmacológica. Embora este seja o ideal, por outro lado, a tentativa de ficar “limpo” faz com que o risco de recaída seja muito maior e seus substitutos farmacológicas são necessários para reduzir o caos de suas vidas. (NUTT, 2012, p. 168, *tradução nossa*)

A questão é que para além da comunidade médica não é bem visto o fornecimento destas *drogas*. A impressão que passa é que *médicos* estão se aproveitando para deixar os usuários dopados eternamente. Estas respostas dificultam que a comunidade médica aceite a implementação destes programas.

Harm Reduction / Redução de Danos

Em paralelo aos *tratamentos* via *manutenção com a droga* ou *por substitutos* surgiu a noção médica de *redução de danos* (*harm reduction*). Por enquanto definiremos *redução de danos* como a aproximação prática médica dirigida aos usuários de *drogas proibidas* que visa reduzir os riscos relacionados à atividade. “The phrase “harm reduction,” so often central [...], is not easy to define. It suggests that the societal cost of drug use can be reduced, whether this means damage to the user or the harm the user may cause to spouse, family, and society.”⁵⁹ (MUSTO, 1999, p. 288):

A noção de *redução de danos* surge pela primeira vez em 1920 com a política médica britânica de fornecer *maintenance* [manutenção] a heroinômanos. Nos anos sessenta, será associada com as tentativas de manutenção com substitutos. Durante este período, buscava resolver uma questão de saúde pública e prevenir a criação de mercados ilícitos (MUSTO, 1999, p. 288). Conquanto seja essa sua origem, o termo *redução de danos* ganhou popularidade somente no começo da década de oitenta (FIORE, 2005, p. 273).

No final dos anos setenta pesquisas demonstraram que havia uma incidência maior de AIDS entre *usuários de drogas injetáveis* (UDIs). Com efeito, pesquisas indicavam que 1/3 dos aidéticos eram UDIs por causa do compartilhamento de seringas. Verificou-se também maior incidência de hepatites e outras doenças transmissíveis pelo sangue. Por isso em 1984 a Suécia implementou um programa de distribuição de seringas com resultados positivos. Em 1987 a OMS passa a recomendar políticas públicas de distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis para controlar a disseminação do vírus do HIV (MARQUES; ZALESKI, 2011, p. 340-341).

⁵⁹ “A expressão “redução de danos”, tantas vezes central [...], não é fácil de definir. Ela sugere que o custo social do uso de drogas pode ser reduzido, mesmo se isso significa danos ao usuário ou o dano que o usuário pode causar ao cônjuge, família e sociedade.” (MUSTO, 1999, p. 288, *tradução nossa*)

Em 1987 e 1993 houve uma ampliação dessas medidas. Além da distribuição de seringas foram distribuídos materiais de higiene para aplicação e embalagens de descarte de seringas. Igualmente, foram ensaiadas algumas medidas educativas sobre o uso seguro de *drogas*. As ações mais efetivas de *redução de danos* foram realizadas nos locais em que o uso era mais intenso (MARQUES; ZALESKI, 2011, p. 341).

No Brasil estas iniciativas ficaram conhecidas entre usuários de *cocaína injetável*. Por volta de 1989 a cidade de Santos tomou a iniciativa de distribuir seringas entre UDIs. As ações tiveram resultados, como demonstra a redução da taxa de contaminação pelo vírus do HIV. O Ministério da Saúde então sugeriu e realizou esta e outras medidas sanitárias preventivas em outras cidades (MARQUES; ZALESKI, 2011, p. 342-343).

Do mesmo modo, outra tentativa de *redução de danos* no Brasil durante a “epidemia do *crack*” foi a distribuição de protetores labiais (para desidratação, rachaduras e queimaduras dos lábios), piteiras de silicone (permitem compartilhar o cachimbo sem passar doenças da piteira) e filtros para os cachimbos (como barreira às partículas sólidas absorvidas, diminuindo problemas respiratórios relacionados). A própria distribuição individual de cachimbo é positiva, pois evitar o compartilhamento de cachimbos reduz vulnerabilidades para tuberculose, herpes e hepatites. (DIAS, 2013, p. 43)

Hoje o *modelo holandês* é considerado referência na *redução de danos*. O *modelo holandês* distribui seringas a UDIs, oferece locais seguros de injeção, manutenção por *metadona*, venda de maconha/haxixe nos *Coffe Shops* etc. “The philosophy is to support the user until he or she quits or enters therapy, without coercion.”⁶⁰ (MUSTO, 1999, p. 289) Uma filosofia de “*redução dos danos*” potencialmente produzidos pelo uso da droga. Na nomenclatura de Baratta, seria um esforço para acabar efeitos secundários na saúde dos usuários.

A filosofia médica da *redução de danos* ora se associa com políticas específicas – como distribuição de seringas ou cachimbos –, ora a uma ampla forma de abordagem sanitária da questão das drogas – envolvendo medidas preventivas, substitutivos, manutenção médica da droga. Em síntese dentro dos próprios

⁶⁰ “A filosofia é apoiar o usuário até que ele ou ela sai ou entra terapia, sem coerção.” (MUSTO, 1999, p. 289)

defensores da *redução de danos* há uma disputa pelo conceito (FIORE, 2005, p. 273).

É fácil compreender também porque pessoas são contrárias às medidas de *redução de danos*. Na ótica moral *proibicionista* – religiosa ou familiar – uma abordagem de *redução de danos* não se adequa ao ideal do *absenteísmo*. Aliás, parece estar incentivando o uso de drogas sem criar ônus para os usuários.

A comunidade médica sabe que a *ilegalidade* e a *proibição* das *drogas* cria mais riscos do que benefícios para o *usuário*. Entre os danos na saúde: o aumento da transmissão de doenças por compartilhamento de seringas (ou cachimbos), falta de controle qualidade da *droga*, inibição da procura voluntária pelo tratamento e restrição no uso medicinal das drogas *proibidas* (MACCOUN; REUTER, 2009, p. 106-107). Cite-se, igualmente, que no atual *paradigma científico médico* a própria *proibição* é um dano para a saúde mental dos usuários, na medida em que diminui a *tolerabilidade social*, o que causa, entre outras coisas, exclusão social entre consumidores e abstinências. Nem todos estes danos podem ser excluídos pela *redução de danos*, mas alguns podem ser controlados e reduzidos.

Enquanto a moral *proibicionista* coloca um ideal absenteísta – bem contra o mal –, a *redução de danos* parte do pragmatismo que os *usuários* veem efeitos positivos quanto negativos no uso de drogas. Ao invés de exigir um *ideal absenteísta*, a lógica *redução de danos* visa reduzir os efeitos negativos para o consumidor e a sociedade. Não intervir em favor dos usuários acarretaria em efeitos sanitários perversos para os usuários, castigando quem já é *vítima da droga*. “O primeiro seria aquele que considera o uso de drogas como moralmente incorreto e passível de punição, e o segundo, aquele que considera que a dependência deve ser combatida, evitando-se com isso que as pessoas comecem a consumir drogas.” (FIORE, 2004, p. 276).

É preciso observar que os médicos não vivem fora da sociedade, estão envolvidos pelas noções e ideias morais que outras pessoas também estão. Por isso, entre os próprios agentes sanitários não há apoio integral a estas medidas – mesmo quando demonstram eficácia.

Muitos médicos admitem apenas a meta do *absenteísmo* para os usuários. Esta ideia é absurda porque quase nenhum tratamento consegue ter maior eficácia que 40% em um ano – a longo prazo a taxa é menor – (NUTT, 2012, p. 167), mas também porque fere o juramento hipocrático. Um dos mandamentos médicos é

utilizar de todos os esforços para reduzir a dor, princípio difícil de ser cumprido quando mandamentos morais são postos na frente da pessoa que sofre.

Parte desta filosofia faz com que, infelizmente, a maioria médicos e psicólogos acreditem que a criminalização – às vezes apologeticamente referido como *supply approach* [aproximação no fornecimento] – é a política mais eficiente. Mas essa não é a única razão pela qual *médicos* (especialmente *psiquiatras*) são condescendentes com o *proibicionismo*.

A *psiquiatria* é convencionalmente definida como uma especialidade médica preocupada com o diagnóstico e tratamento de *doenças mentais*. A *psiquiatria*, como especialidade médica, preocupa-se da *mente* como o *médico* do organismo. Logo, a *psiquiatra* assume para si o vocabulário médico, a linguagem biológica-científica médica, a abordagem médica (diagnóstico e tratamento), subministram medicamentos etc. agem, em síntese, como *médicos comuns* (SZASZ, 2011, p. 1). Só que essa definição, embora corriqueira, está longe de ser aceita por todos e muito menos de ser cientificamente correta.

O problema é que a *medicina* baseia-se em princípios físico-químicos – como, aliás deve ser, porque é uma tarefa da medicina estudar e se necessário alterar a estrutura e função físico-química do corpo. Porém, o *comportamento humano* não pode ser compreendido nestes termos, usá-los para compreender a “*mente*” é permanecer algemados a terminologias e quadros conceituais equivocados (SZASZ, 2011, p. 4). De mais a mais,

The sanction of legal recognition has, of course, long supported the psychiatric view that certain kinds of “abnormal” behaviors were “caused” by antecedently acting “mental diseases”. This view was simply extended to behaviors of all kinds by Freud and his supporters, and has been embraced even by many of his opponents, especially if behaviorists.⁶¹ (SZASZ, 2011, p. 6)

⁶¹ A sanção de reconhecimento legal tem, é claro, amplamente apoiado o ponto de vista psiquiátrico que certos tipos de comportamentos “anormais” foram “causados” pela atuação antecedente de “doenças mentais”. Este ponto de vista foi simplesmente estendido a comportamentos de todos os tipos por Freud e seus seguidores, e foi abraçada até mesmo por muitos de seus oponentes, especialmente se behavioristas. (SZASZ, 2011, p. 6, *tradução nossa*)

O professor de Freud, o neuropsiquiatra Jean-Martin Charcot (1825-1893) foi o primeiro a reconhecer a *histeria* como *doença mental*. Sem esse reconhecimento a especialidade médica da *psiquiatria* não teria acontecido.

Desde a secularização da sociedade surgiram pessoas que pareciam estar doentes – paralisia de membros etc. –, mas em um diagnóstico médico detalhado não demonstravam nenhuma *doença* no sentido tradicional-biológico do conceito. Estas pessoas eram classificadas como *malingers* [fingir ou simular doenças] e os *médicos* recusavam-se a “tratar” estas pessoas, pela simples razão que não havia nada biológico que pudessem corrigir. A área médica não lidava com temas sociais, apenas biológico-químicos. Charcot, sem embargo, começou a separar aqueles que propositadamente fingiam estar *doentes* e aqueles que não o fingiam – que o faziam, inconscientemente. Os primeiros continuaram sendo chamados de *malingers*, enquanto estes passaram a ser denominados de *histéricos* (SZASZ, 2011, p. 22). Graças à autoridade de Charcot a *histeria* tornou-se *doença mental*, com o mesmo peso das *doenças biológico-químicas* e os *histéricos* tornaram-se *pacientes* passíveis de *tratamento médico (psiquiátrico)*.

A *histeria* traz à tona a necessidade de diferenciar doenças físicas da imitação dessas doenças (SZASZ, 2011, p. 10). Doença, na sua origem, era identificada por uma alteração da estrutura física (anatomicamente) e na medida em que foram desenvolvidos novos métodos de examinar tecidos corporais e fluídos, a capacidade de detectar *doenças corporais* desconhecidas aumentou exponencialmente (SZASZ, 2011, p. 11). Só que o desenvolvimento da *psiquiatria* moderna começou não pela identificação de doenças por métodos patológicos, mas pela inovação no que constitui *doença*.

Ao critério anterior (de alterações da estrutura do organismo), incluíram o critério de *funções corporais* – detectável observando-se não o organismo da pessoa, mas seu comportamento. Logo, enquanto a medicina moderna descobria doenças, a psiquiatria as inventava. “Paresis was *proved* to be a disease; hysteria was *declared* to be one.”⁶² (SZASZ, 2011, p. 12)

Uma miríade de *comportamentos* – histeria, neurastenia, depressão, paranoia, homossexualidade, dependência etc. – tornaram-se *doenças mentais* que

⁶² “A paralisia foi provada uma doença; a histeria foi *declarada* ser uma.” (SZASZ, 2011, p. 12, grifos do autor, *tradução nossa*)

ocorriam às pessoas, independente de sua vontade e, por isso, não responsáveis por elas. Estas *doenças mentais* eram contrastadas com a “*simulação ou fingimento*” (malingering). Aquelas são independentes da nossa vontade (inconscientes), estas são voluntárias.

Hoje estamos na situação paradoxal em que a *simulação* também é uma *doença mental*, tornando turva a definição inicial de Charcot e Freud (SZASZ, 2011, p. 14). É importante frisar mais uma vez este ponto: *doenças mentais* não são *doenças*. Elas foram inventadas justamente por não ser patologias identificáveis no organismo. *Doenças mentais* só podem ser chamadas de *doenças* no sentido *metafórico* – sendo “*consciente*” ou “*inconsciente*” (SZASZ, 2011, p. 40). A própria separação entre o que é *consciente* e *inconsciente* depende de um julgamento (uma observação) do *psiquiatra* que é plenamente arbitrária. Curiosamente o que era essencial para determinar se era possível o *tratamento* de um *doente mental* – a “involuntariedade” dos sintomas –, com o tempo, deixou de ser importante. Agora mesmo aquele que propositadamente finge uma *doença física ou mental*, é *doente mental*!

Este primeiro passo de separar a voluntariedade/inconsciência foi crucial para o desenvolvimento da *psiquiatria*. Se o *paciente* em sofrimento não estava querendo *enganar* o *médico*, seria desumano deixar de *tratar* sua *doença mental*; posteriormente tornou-se desumano “*tratar*” qualquer pessoa que alegue *sofrimentos*. Esta aparente humanização *psiquiátrica* da *doença mental* cria novos problemas. (SZASZ, 2011, p. 24)

Primeiro, o *tratamento psiquiátrico (terapia)* retira a *vontade* do sujeito nas decisões da sua própria vida – o comportamento deve ser corrigido porque socialmente patológico, não em função da vontade do sujeito em mudar. Segundo, estabelece um padrão de normalidade comportamental ao qual o *comportamento doente* deve se adaptar. Terceiro, aceita os fenômenos *comportamentais* como uma especialidade médica, retirando a carga moral e política do problema.

Uma vez que *doenças mentais* são consideradas *doenças*, pouca atenção foi dada às “condições sociais” em que essas *doenças* ocorriam. *Doenças* físicas manifestam-se independente do contexto sócio-econômico que as subjaz – malária pode ocorrer mais no Brasil que na Noruega, mas os seus efeitos no organismo são os mesmos aqui e lá. Diferentemente, contextos histórico-sociais são cruciais para a “fenomenologia das *doenças mentais*” (SZASZ, 2011, p. 48).

As pessoas vivem em condições sociais previamente estabelecidas, não escolhidas por elas, essas condições são muitas vezes opressivas, porém por mais opressivas que sejam exige-se do ser humano cumprir com obrigações impostas. Estas obrigações podem consumir a vida da pessoa ou ser impossíveis de realização. Um pai ideal deve suprir os filhos e esposa com todas as suas necessidades. A mulher precisa ser uma mãe ideal, um exemplo de beleza etc. Um servo deve atender a todas as necessidades do seu senhor e ser agradecido. Estes modelos socialmente impostos não raro se tornam um sofrimento. Aprender a lidar com elas é o processo de maturidade do ser humano, que deve ser encarado política e moralmente. Por isso no “*diagnóstico*” de uma *doença mental* o panorama histórico sócio-econômico não pode ser excluído.

Não é por acaso que *hospitais psiquiátricos* estão lotados de pessoas com dependências sociais. O ser humano expressa-se por diversas formas de linguagem. As *doenças mentais* nada mais são do que uma forma de expressão corporal – uma protolinguagem – de pessoas que manifestam um *pedido de socorro*. Esta linguagem pode ser “traduzida” *medicamente* – retirando a autonomia do *paciente* – ou pode ser contextualizada em linguagem *política e moral*⁶³.

To be sure, increasing economic affluence also serves to stimulate the demands for psychotherapeutic services. As soon as people have more money than they need for whatever they consider the necessities of life, they expect to be happy. And since most people still will not be happy, some will use of their money to seek happiness through psychotherapy.⁶⁴ (SZASZ, 2011, p. 59)

⁶³ Um fato curioso é que a *psiquiatria* é cindida teórica e praticamente. No campo teórico fala das *doenças mentais* em um linguajar científico-biologicista (do comportamento diretamente observável ou das ditas pulsões latentes). Já na abordagem prática utiliza-se amplamente da discussão e do debate para *normalizar* a situação do *paciente*. No campo prático é admitido que *apenas* medicação não é suficiente para o *tratamento*. Parece ser que a psiquiatria sofre de uma de suas próprias doenças: esquizofrenia.

⁶⁴ Para ter certeza, a crescente riqueza econômica também serve para estimular a demanda por serviços psicoterapêuticos. Assim que as pessoas têm mais dinheiro do que o necessário para tanto quanto eles consideram necessidades vitais, eles esperam ser felizes. E uma vez que a maioria das pessoas ainda não será feliz, alguns vão usar o seu dinheiro para buscar a felicidade através da psicoterapia. (SZASZ, 2011, p. 59, *tradução nossa*)

Embora *pacientes mentais* possam ser tratados com mais respeito e dignidade, porque padecem de uma *doença*, ao mesmo tempo é privado de rebelar-se contra as demandas postas a ele. Esta forma de “protesto” é desautorizada, no seu lugar foi taxada de *doente* – a *protolinguagem* é traduzida para o vocabulário *biológico* (SZASZ, 2011, p. 44). O que de um lado se ganha em *dignidade*, perde-se em *liberdade*.

Agrava-se esta situação porque a relação tradicional médico-doença-paciente não é horizontal, é intervencionista. Médicos tratam da *doença* como uma alteração que deve ser corrigida – um inimigo a ser combatido, uma batalha que deve ser vencida.

O que ocorre, porém quando esse problema é o comportamento da pessoa? Na definição de *doença mental* a pessoa não é capaz de coordenar sua vontade própria, logo o *médico* pode receitar seu *tratamento* sem a necessidade da vontade do *paciente*. *Psiquiatras* entendem-se intituados de *tratar doentes mentais*, mesmo contra sua vontade. Chegando ao paradoxo de corrigir um comportamento da pessoa, mesmo que essa pessoa não deseje, como estados autoritários e ditaduras o fazem om dissidentes políticos.

No atual sistema *psiquiátrico*, o protetor – *médico* – não só protege a vítima do vitimador, mas por virtude da sua intervenção, também protege o vitimador da potencial contestação da sua vítima. Logo, a *psiquiatria* serve para manter a homeostase familiar ou política, que poderia ser quebrada sem o rol do intermediário (SZASZ, 2011, p. 67).

Na *psiquiatria* as dificuldades na adaptação social não atribuíveis ao mal funcionamento do corpo, ligado à falha em cumprir os propósitos ideologicamente pressupostos. A mesma operação era realizada na Idade Média pela Igreja. O mau comportamento era *pecado*, hoje é *doença*.

Até o advento da psiquiatria, à *ciência médica* respeitava a definição de doença com patologias do organismo, cabia a filósofos morais lidar com comportamentos anormais. Para a medicina o que não fosse biologicamente determinado permanece relegado a segundo plano. Assim, até hoje à *psiquiatria*, *psicologia* e *psicanálise* lhes foi dada um lugar inferior na escala de *ciência biológica*. A escalada para um patamar superior passa por demonstrar que *doenças mentais* possuem uma base biológica-química. Por isso, *psiquiatras* estão na busca

incessante por fenômenos biológicos ou químicos cerebrais que demonstrem a base material das *psicopatologias* (SZASZ, 2011, p. 77).

Evidentemente todo comportamento tem uma correlação química no cérebro, aprender um novo idioma modifica funções cerebrais, mas nem por isso implica que há uma *patologia* cerebral. A *etiologia* das *doenças mentais* não está no cérebro, da mesma forma como a *etiologia* do *crime* não está no indivíduo *criminalizado*.

A crítica da *psiquiatria* pode parecer contraditória à luz da discussão antes feita sobre a *dependência química*. Se não percebida ainda pelo atento leitor, aproveito para ligar os dois pontos.

Conforme definido pela própria OMS, a *dependência* é uma *doença mental*. Ainda que se somem algumas características químicas – como o efeito da droga sob o organismo, o fenômeno da tolerância e a síndrome da abstinência – é pacífico que a *síndrome da dependência* depende de um comportamento “obsessivo” e que seu *tratamento* exige uma *mudança de atitude* por parte do *paciente*.

O *tratamento* da *síndrome da dependência* passa por duas fases, uma primeira física, que é de desintoxicação – em casos que há uso intensivo e prolongado – e uma segunda, psicológica na qual *terapias* almejam alterar o comportamento do *paciente dependente*.

Não se nega em nenhum momento que a *dependência* passa por um momento químico no organismo que pode envolver *overdose*, *abstinência*, *tolerância* etc. Justamente por isso a primeira fase, de desintoxicação (retirar a droga do organismo e aliviar os efeitos da abstinência) podem ser perfeitamente tratados com médicos comuns. Porém, a segunda fase depende necessariamente de *psiquiatras*.

Os *psiquiatras* são chamados para atender ao uso *anormal* de drogas, no fundo, eles comparecem para normalizar o indivíduo. Só que ao invés responsabilizar a pessoa sob a ótica moral e política, chamam-no de “*paciente*” e colocam-no em “*tratamento terapêutico*”. Tornam o *dependente* vítima da droga – ou do traficante, tanto faz.

Inclusive fornecem outras *drogas* para o *paciente* com o intuito de resolver o *problema da droga* – só que estas outras *drogas* estão sendo “controladas” pelo *médico*. Os únicos psicoativos que as pessoas legitimamente podem tomar são aqueles que os *psiquiatras* autorizam.

Na sociedade moderna o domínio dos *psiquiatras* não passa apenas pelos casos que atendem. Da perspectiva da “*saúde mental*” são determinantes para dizer o que a sociedade pode e o que não pode. Tornam-se *médicos* das *patologias sociais*. *Terapeutismo* é esta atitude de agir em relação ao comportamento individual e social com ação *psiquiátrica*, lembra muito do acudo dos *pais* contra o sofrimento dos *filhos*, só que filtrado pelo linguajar médico (SZASZ, 2011, p. 175).

Este controle também permite restringir a questão do uso de *drogas psicoativas* como questão de exclusividade médica. “[...] o léxico de falas, discursos e representações sobre drogas são provenientes prioritariamente de um repertório médico, na medida em que o drogado é, antes de tudo, considerado um doente.” (FIORE, 2005, p. 261)

A *sociedade terapêutica* adere a este jogo psiquiátrico em que uns são definidos como *mentalmente sãos* e outros são *doentes mentais*. Assim como a *psiquiatria* define alguns como *doentes mentais*, durante a Idade Média a *inquisição* definia algumas mulheres como *bruxas* – especialmente aquelas que demonstravam um comportamento promíscuo. Ambos são bodes expiatórios de tempos diferentes.

In situations of this sort, it is the scapegoat's social function to play the role of the person who violates, or is said to violate, the rules, is caught, and duly punished. We might thus view bootleggers and the entire class of so-called organized gangsters-all of whom came into being during Prohibition-as the scapegoats who were sacrificed at the alter of the false god of abstinence.⁶⁵ (SZASZ, 2011, p. 186)

Quanto maior a discrepância entre regras de conduta prescritas e o efetivo comportamento social, maior a necessidade do sacrifício do bode expiatório como forma de manter vivo o mito que o homem vive conforme as crenças oficialmente declaradas. (SZASZ, 2011, p. 186) *Psiquiatras* são peça crucial nessa função de *terapêutica social*.

⁶⁵ Em situações deste tipo, é a função social do bode expiatório desempenhar o papel da pessoa que viola, ou é dito que viola, as regras, é apanhado e devidamente punidos. Podemos assim ver contrabandistas e toda a classe dos chamados criminosos organizados – todos eles surgiram durante a Lei Seca como os bodes expiatórios que foram sacrificadas no altar do falso deus da abstinência. (SZASZ, 2011, p. 186, *tradução nossa*)

Não é por acaso que o *proibicionismo* tem importante base no pilar sanitaria. Basta pensar na estrutura da Convenção Única de 1961. Conforme o artigo 3º, 1 (BRASIL, 2011a) quem é legitimado para sugerir emendas no rol das *drogas proibidas* é a Organização Mundial da Saúde – composta por profissionais da saúde. Embora, em última análise, essas sugestões só são aprovadas em discussão pela Comissão sobre Drogas Narcóticas (em inglês, CND) que é um órgão político da ONU ligada à ECOSOC.

Esse sistema internacional repete-se em vários países, na Inglaterra, por exemplo, é o *Advisory Council on the Misuse of Drugs* - ACMD [Conselho Consultivo sobre o Abuso de Drogas] composto por especialistas na área da saúde e que fazem constantes sugestões sobre com qual rigor devem ser tratadas as *drogas psicoativas* pelo governo britânico (NUTT, 2012, p. 4). A fórmula é a mesma no Brasil porque é justamente a *Agência Nacional de Vigilância Sanitária* (ANVISA) que por uma portaria (e suas resoluções) lista o rol das drogas abrangidas pela Lei de Drogas brasileira (Lei 11.343/06).

Por isso constata-se que a expressão máxima do *proibicionismo* – que é a “guerra às drogas” – conta também com o “*Estado Terapêutico*”, porque convoca todas as forças sociais para o controle social do usuário. Nesse contexto, a *redução de danos* parece ser a perspectiva mais humana, quando comparada aos tratamentos forçados baseados no modelo de *abstinência* – em alguns casos desumanos, que utilizam choques elétricos, castigos corporais, encarceramento, privação de alimento, tortura psicológica etc.

A *redução de danos* beneficia o usuário ao fornecer as condições ideais sanitárias para consumir aquela substância. Igualmente, nos casos em que a abstinência produz um grande sofrimento, fornece medicação de uso permanente que permitem evitar a dor. Se o critério de humanidade for dar elementos para o usuário lidar autonomamente com seu próprio uso de drogas, a *redução de danos* é a aproximação médica mais progressista.

Só que não é por acaso que o presidente estadunidense Richard Nixon, que declarou a guerra às drogas, tenha apostado tanto nas clínicas de reabilitação com tratamento de *metadona*. No próprio discurso que faz ao Congresso em 1971, em que cunha a expressão *guerra à heroína e ao abuso de drogas*, começa dizendo que atacar o “*lado da oferta*” (criminalização) não basta e que é preciso atacar o “*lado da demanda*”, oferecendo *tratamento aos dependentes*. “We must rehabilitate

the drug user if we are to eliminate drug abuse and all the antisocial activities that flow from drug abuse.”⁶⁶ (NIXON, 2013)

Richard Nixon foi o presidente que mais investiu no *tratamento médico da dependência* abrindo clínicas de *metadona* em todo o país. Entre 1971 e 1973 o número de programas passou de 36 para 365 e de 20 mil para 72 mil *pacientes*! O investimento em tratamento em 1973 foi superior aos 250 milhões de dólares, acima do orçamento dotado para repressão penal (HYNES, 2013).

Os *tratamentos terapêuticos* e a substituição de *heroína* pela *metadona*, inscritos na filosofia da *redução de danos*, estabelecem um ideal de homem abstinente “normal” em contraste ao homem doente dependente “anormal”. Para a *redução de danos* “[...] apesar da impossibilidade real de se alcança-la, a abstinência seria o resultado ideal de uma política de saúde pública.” (FIORE, 2005, p. 278)

Por isso também os tratamentos com *metadona* tiveram alguma “eficácia” nos EUA. Usuários de *heroína* obtinham gratuitamente uma *droga* que mitigasse ou substituísse o uso de *heroína*, embora não fosse sua primeira escolha (MUSTO, 1999, p. 250).

Por este motivo, apesar de importantes opiniões divergentes⁶⁷, consideramos, a política sanitária de *redução de danos* uma parte integrante da política do *proibicionismo* por não enfrentar os pressupostos sobre os quais ele foi arquitetado e considerar o comportamento de *uso habitual e excessivo de drogas* como *doença mental* passível de *tratamento médico*.

É importante ressaltar, entretanto, que não é que a intervenção médica nunca é conveniente. Mas que é de todo importante a distinção entre assumir o rol de paciente voluntariamente e ser colocado nessa posição contra a própria vontade

[...] the mentally sick role is self-defined usually in the expectation that doing so will help to secure certain types of help, for example private psychotherapy; in contrast, when this role is imposed on a person against his will, it serves the

⁶⁶ "Temos que reabilitar o usuário de drogas, se quisermos eliminar o abuso de drogas e todas as atividades anti-sociais que decorrem do abuso de drogas." (NIXON, 2013, *tradução nossa*)

⁶⁷ Nesse sentido Salo de Carvalho (2010) em boa parte do seu livro e especialmente no capítulo “Proibicionismo e Redução de Danos: Incompatibilidades” quando expõe “O pano de fundo que informa os projetos redutores é, essencialmente, o da superação da racionalidade moralizadora, que fundamenta as políticas proibicionistas [...]” (CARVALHO, 2010, p. 186)

interests of those who define him as mentally ill. In other words, whereas the patient role is assumed in the hope of a personal cure, it is ascribed in the hope of social control.⁶⁸ (SZASZ, 2011, p. 188)

O rótulo de *doente mental* pode beneficiar alguns, porém o ideal é abandonar essa abordagem como um todo. A *doença mental da dependência* não tem solução biológica-médica, tem solução social. Doença, tratamento, paciente, caso, síndrome e outros termos só confundem e evitam enfrentar a verdadeira questão.

Quando a lei de drogas define a droga como *vício/doença*, todo *uso de droga* como *abuso* e inscreve todo o *usuário* como *doente/dependente*, está simultaneamente *criando* as vítimas da sociedade e os vitimadores. A lei retira a liberdade do indivíduo em consumir ou não a droga, força-o ao *tratamento* como única alternativa para o comportamento desviante e joga a culpa em um conveniente bode expiatório (a droga/doença e o traficante/transmissor da doença).

Por estes e outros motivos que as *taxas de recaída* são tão altas para *pacientes de dependência*. Primeiro, tratam-se todos os usuários de drogas ilícitas como *dependentes*. Segundo, sequer se diferenciam as substâncias e a irrisoriedade de certas “dependências” em relação a outras – como ignorar que *terapeutas* insistem até hoje em falar do *problema da dependência da maconha*. Terceiro, tenta-se reconstruir a força de vontade do *paciente dependente* depois de dizer que ele não tem responsabilidade pelos seus atos. Quarto, utiliza-se o padrão do absenteísmo como se este padrão fosse melhor do que outros. Diante de tantas incongruências externas, não é de estranhar que os resultados sejam pífios, mesmo para aqueles que se submetem voluntariamente aos *tratamentos*.

Em síntese, as abordagens terapêuticas na questão do uso de droga são úteis para a reprodução do sistema de opressão para o fim de controle social. Evidentemente que a *intoxicação com droga* é patologia e tem tratamento médico, mas não é o mesmo caso com o comportamento de uso “anormal” de droga – a

⁶⁸ [...] o papel do mentalmente doente é autodefinido geralmente na expectativa de que isso vai contribuir para garantir certos tipos de ajuda, por exemplo, psicoterapia privada, em contraste, quando este papel é imposto a uma pessoa contra a sua vontade, serve aos interesses daqueles que o definem como doente mental. Em outras palavras, ao passo que naquele o papel do paciente é assumido na esperança de uma cura pessoal, neste é atribuída na esperança de controle social. (SZASZ, 2011, p. 188, *tradução nossa*)

dependência. Essa ficção psiquiátrica prejudica o enfrentamento do problema que, em última análise, deve ser entendida como uma decisão do indivíduo.

Portanto, seja a caracterização do sistema atual da política de drogas em *legal approach* ou *medical approach*, essas divisões esquecem-se do aspecto mais importante da política *proibicionista*: “O caráter especial da política de drogas está no fato de retirar um determinado grupo de substâncias dos mecanismos de mercado e, com isso, do contexto habitual de acesso “autônomo” do cidadão comum.” (SCHEERER, 2004, p. 106)

Para tanto, a política proibicionista não se esgota apenas em um fundamento moral e sanitarista. Por incrível que pareça, na equação “Braço Forte, Mão Amiga”, o Braço Forte do *proibicionismo* pende mais para os dois próximos pilares: segurança pública e segurança internacional.

4.4 O fundamento da segurança pública: do racial ao estrutural

Nem toda conduta imoral é criminalizada. O incesto, por exemplo, é um dos atos que talvez cause mais repulsa moral nas sociedades ocidentais, nem por isso é criminalizado. O oposto também é verdadeiro, algumas condutas que reputamos moralmente aceitáveis podem ser criminalizadas, como é o crime de ter em casa lenha sem a licença da autoridade competente (parágrafo único, art. 46 da Lei dos Crimes Ambientais). Aliás, crimes com pouquíssima ou nenhuma repulsa moral são cada vez mais comuns nas legislações penais.

Portanto, diferente do senso comum e de algumas teorias sociológicas durkheimianas, não é o nível de reprovação moral que determina o que é um crime, mas são outros fatores históricos e estruturais que contam. Constatar que o moralismo ocidental tenha repulsa às *drogas psicoativas* não é suficiente para explicar porque o uso ou tráfico destas substâncias seja crime, nem porque a taxa de encarceramento seja tão alta neste tipo de crime e não em outros. Uma coisa não leva à outra.

Uma primeira origem da motivação para as criminalizações das *drogas* encontra-se na discriminação étnica e racial dos Estados Unidos entre os séculos XIX e XX. Em meados do século XIX – após abolição da escravidão – a população branca de classe média desaprovava hábitos “*degenerados*” de chineses e negros,

especialmente aqueles relacionados com *drogas até então legais*, como ópio e cocaína.

O *ópio* era conhecido muito antes da imigração chinesa na sociedade estadunidense, o *láudano* e outras formas de *ópio líquido* eram bem disseminados no final do século XIX e começo do XX nos EUA especialmente entre mulheres. Este fato, embora recriminado por movimentos de temperança, não era motivo de legislação penal. A caçada legal ao *ópio* começou em São Francisco (em 1875) e na Cidade de Virgínia (em 1876) exclusivamente relacionado ao *fumo de ópio*, hábito específico dos imigrantes chineses (ANDREAS; NADELMANN, 2006, p. 41).

A força de trabalho chinesa imigrante foi especialmente importante na construção de ferrovias (ao redor de 1870), mas com o advento da depressão econômica tornaram-se excesso de mão de obra. Norte-americanos tomaram várias medidas para “controlar a imigração” ou inclusive devolvê-los ao seu país de origem. Como é normal nestas situações, desenvolvem-se preconceitos específicos aos hábitos chineses (MUSTO, 1999, pos. 208). Dentre eles as tranças masculinas – símbolo de referência ao Imperador – e o fumo de *ópio* (lei federal em 1909), nas *salas de ópio* (*opium dens*)⁶⁹. Ao longo do século XIX diversas legislações estaduais criminalizaram alguns desses hábitos.

De outro lado, a *cocaína* era especialmente temida no sul dos Estados Unidos pelas “*propriedades eufóricas*” supostamente causada nos seus usuários (negros). O Sul “Confederado” temia que *negros cocainômanos* esquecessem dos seus limites sociais prescritos e constituíssem uma ameaça para a sociedade branca (MUSTO, 1999, pos. 208). Nos anos quarenta e cinquenta o uso predominante de *heroína* entre negros – especialmente aqueles ligados à cultura jazz – enviesa legislações que criminalizam o uso de drogas.

O interessante caso da perseguição jurídica à Coca-Cola e Pepsi ocorreu não só pelo conteúdo de folha de coca ou açúcar, mas por ser consumida especialmente por negros do sul dos Estados Unidos, como afirmado por um dos pais da primeira lei federal que criminaliza as *drogas*, o deputado Harrison durante a

⁶⁹ As salas de ópio que concentravam imigrantes chineses, tranças masculinas, fumo de ópio, jogos de azar e, por vezes, prostituição, tornaram-se alvo de fácil caricaturização.

sessão legislativa em 1911: “Coca-Cola and Pepsi-Cola and all those things that are sold to Negroes all over the South.”⁷⁰ (MUSTO, 1999, pos. 723)

Como parte da cultura marginal, o surgimento do uso recreativo de *cocaína* somou-se a outros vícios, como o fumo de *ópio*, *tabaco* e consumo de *álcool*, hábitos prevalentes entre prostitutas, proxenetas, apostadores e arruaceiros (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 3053). A ligação entre prostituição e *cocaína* é muito marcante na história da *droga*. “Cocaine’s reduction of self-control was part of its attraction for sex workers and their clientes.” (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 4139).⁷¹ Até hoje a visão social do *crack* está profundamente ligada à *prostituição* e ao uso entre *negros*.

Os movimentos proibicionistas contra o *álcool* também têm um conteúdo discriminatório. Enquanto o *vinho* era preferência de elites e a *cerveja* fosse disseminada em todas as classes, *destilados* eram escolha favorita de trabalhadores-imigrantes pobres católicos – italianos, irlandeses etc. – e judeus. Reformadores, por exemplo, almejaram justamente proibir a venda de *rum* e fechar bares proletários. Não é por outro motivo que a Lei Seca (18ª Emenda da Constituição) proibiu a produção e comércio das bebidas *destiladas*, controlou a abertura de bares, mas foi leniente em relação ao *vinho* e à *cerveja*.

“Many Protestant Americans identified alcohol and its ills with the fearsome flow of millions of Catholic and Jewish immigrants into the United States in the decades before and after the turn of the century [XIX].” (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 41)⁷²

Outrossim, era grande o medo à maconha nas áreas de maior concentração de *imigrantes mexicanos* durante os anos 20 e 30. *Imigrantes mexicanos* foram trabalhar nas fazendas do Sul e Oeste dos Estados Unidos durante o boom econômico e se dispersaram pelo centro-oeste e norte dos Estados Unidos por diversas fábricas de açúcar. Mais uma vez preconceitos étnicos foram crucias para julgar o uso de uma droga, a *maconha*, hoje associada com letargia e passividade,

⁷⁰ “Coca-Cola e Pesi-Cola e todas essas coisas que são vendidas a Pretos por todo o Sul” (MUSTO, 1999, pos. 723, *tradução nossa*)

⁷¹ “A redução do autocontrole da cocaína era parte de sua atração em profissionais do sexo e seus clientes.” (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 4139, *tradução nossa*)

⁷² “Muitos protestantes americanos identificaram o álcool e seus males com o fluxo temível de milhões de católicos e judeus imigrantes para os Estados Unidos nas décadas antes e depois da virada do século [XIX].” (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p 41, *tradução nossa*)

era, supostamente, além de estimulante sexual, associada com a “*violência racial*” dos imigrantes mexicanos. Também dizia-se promotora da maioria dos crimes. Já que a *maconha* removeria as *inibições civilizatórias*. Mais uma vez a depressão econômica de 1929 tornou a força de trabalho dos imigrantes, excesso de força de trabalho e o medo da sociedade branca anglo-saxã amplia os “controles imigratórios” e criminaliza atos dessas populações (MUSTO, 1999, pos. 2994-2997).

Entre outros, *mexicanos* eram consumidores de *destilados* (especialmente o *rum*) e é possível que a 18ª Emenda (de janeiro de 1920) tenha promovido o “boom da *maconha*”. Na medida em que o *álcool* tornou-se mais raro, caro e de inferior qualidade, abriram mais “salões de chá” que vendiam *maconha* a preços mais baratos do que as bebidas contrabandeadas, ampliando, assim, o consumo entre *mexicanos* e outros frequentadores destes salões (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 4564). Embora essa tese do “boom da *maconha*” seja de difícil comprovação por falta de dados confiáveis, é certo que a perseguição legislativa se estendeu de um hábito para outro e que motivos raciais foram determinantes.

Não foram só os Estados Unidos que utilizaram o sistema penal para fins discriminatórios. No caso da *maconha*, aliás, o Brasil foi pioneiro neste quesito. Já em 1830 o uso de “*pito de pango*” (*maconha*) era sujeito a pena, da mesma forma como outros costumes *negros* como a *capoeiragem* e os seus *cultos religiosos* também foram criminalizados.

Uma tendência mundial foi a perseguição às mulheres usuárias de *drogas*. *Prostitutas chinesas* provenientes nas levas de imigração dos anos 70 do século XIX eram fumadoras contumazes de ópio, hábito que ganha adeptos entre outras profissionais do sexo de outras etnias e inclusive mulheres que não eram prostitutas (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 2270; 2312). Também no começo do século XX a *morfina* e *cocaína* eram drogas regularmente compradas nas farmácias por *profissionais do sexo*, o que levou policiais estadunidenses a se opor às clínicas e farmácias que vendiam essas substâncias (MUSTO, 1999, pos. 2466). “In the USA, at least, heroin as well as cocaine was associated with prostitution.” (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 4145)⁷³

⁷³ “Nos EUA, pelo menos, a heroína bem como a cocaína era associada com prostituição.” (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 4145, *tradução nossa*)

No Brasil essa tendência foi amplamente notada como enfatiza Thiago Rodrigues (2005, p. 302):

O consumo de psicoativos como a cocaína, a morfina e a heroína foi largamente tolerado enquanto fez parte dos hábitos dos oligarcas e abastados, mas passou a ser atacado com veemência pela mídia e por grupos moralistas quando atingiu prostitutas, proxenetas, pequenos marginais e indivíduos de camadas populares. O uso de maconha, por sua vez, jamais fora aceito pela “sociedade de bem”, pela associação direta de seu consumo a negros e mestiços.

A lei penal desmoraliza hábitos típicos dessas populações marginalizadas e fornece ferramentas para o controle social. A ação do sistema penal – especialmente da polícia – é mais eficaz contra as populações na medida que atinge somente a parte “perigosa” dela. No caso da criminalização da *capoeiragem*, o Estado pune um hábito “perigoso” implementando uma ação muito mais violenta, a ação policial e o confinamento prisional. Da mesma forma, no caso da *maconha* e *outras drogas* o Estado diz ser um hábito perigoso e responde com ainda mais violência do que a substância é teoricamente capaz de causar.

O encarceramento realiza o objetivo imediato de intimidar a população. Portanto, criminalizações de hábitos de um grupo permitem controlar os indivíduos que se ligam a esse hábito, a esse grupo.

A *criminalização das drogas* não é uma tática que visa “diminuir o consumo”, mas que visa proteger (i.e. beneficiar) um grupo dominante, em prejuízo de outro, dominado. Negros não pararam de consumir *cocaína* por causa da criminalização, mas passaram a fazê-lo em segredo, longe dos repreensivos olhos do Estado e da classe dominante. Assim, fumar *maconha* passou a ser um *bem negativo*, enquanto beber *vinho* é um hábito socialmente bem visto, que permite a integração com grupos socialmente dominantes, logo, é um *bem positivo*.

Aliás, essa distinção é clara, a *Pure Food and Drug Act* de 1906 rotulava os componentes de alimentos e medicamentos e colocava exigências para o comércio dessas substâncias, esta lei é claramente diferente da *Harrison Narcotic Act* que criminaliza a posse dessas substâncias. A primeira visa controlar o consumo, a segunda visa colocar pessoas atrás das grades. É neste sentido que nenhuma legislação penal de drogas tem a ver com a *saúde pública* ou com *controle do*

consumo, mas com manutenção de um sistema de repressão policial e carcerária, sendo pouco importante quanta lábia e proselitismo se gaste nisso.

A história da criminalização das drogas demonstra um entrecruzamento entre o racismo e a visão negativa das drogas. Porém, sozinho também não explica completamente porque tantas pessoas são presas por crimes relacionados a drogas. Afinal de contas com o advento da contracultura dos anos sessenta, teorias racistas têm mais dificuldade de conquistar a opinião pública e, de outro lado, as *drogas proibidas* tomam conta de todos os segmentos da sociedade, brancos e negros, homens e mulheres, ricos e pobres etc.

Embora a proporção de *uso e tráfico* não seja igual entre todos os segmentos, aparentemente é difícil uma associação racial/drogas tão marcante quanto em outras épocas. Nada obstante, um olhar mais atento logo vê que são os mesmos segmentos marginalizados de antes, negros, mexicanos, prostitutas etc. que respondem criminalmente pelas drogas.

Enquanto a escola clássica do Direito Penal – Beccaria, Romagnosi, Carrara etc. – explicavam o delito como ente jurídico, isto é, como um fato abstrato no qual concorre a livre vontade do sujeito em oposição à proibição legal (BARATTA, 2002, p. 38); os primeiros criminólogos (positivistas) buscaram “[...] encontrar todo o complexo das causas [do crime] na totalidade biológica e psicológica do indivíduo, e na, totalidade social que determina a vida do indivíduo.” (BARATTA, 2002, p. 38) Estas causas, em última análise, explicariam “[...] os fatores que determinavam o comportamento criminoso [...]” (BARATTA, 2002, p. 30)

Nesta última escola existe uma diferença ontológica entre indivíduos que é determinante no comportamento criminoso. O criminólogo positivista mais emblemático, Cesare Lombroso, estudava o delito como um fenômeno – uma “coisa” – “[...] determinado por causas biológicas de natureza sobretudo hereditária.” (BARATTA, 2002, p. 39)

Com o tempo, outras teorias assentadas no mesmo paradigma foram desenvolvidas. Os sociólogos Durkheim e Merton, por exemplo, explicam o crime como uma anomia não proveniente de fatores naturais, biológicos ou de sociedades patológicas, mas normal a toda estrutura social (BARATTA, 2002, p. 59).

Sob esta ótica, o desvio (e o crime) não é negativo para o desenvolvimento da estrutura social por vários motivos: o delito provoca e estimula a reação social, que mantém vivo o sentimento coletivo que sustenta a conformidade às normas; o

delito cria bodes-expiatórios que mobilizam a população contra uns segmentos da sociedade e não outros – sendo fator de transformação e evolução da sociedade e; o delito permite antecipar o conteúdo da transformação social (como o processo de Sócrates) (BARATTA, 2002, p. 60-61).

Nestas teorias “macrossociológicas” existem *valores gerais* que são contestados pelo comportamento delituoso, algumas, porém, vão negar que o delito seja expressão de atitudes contrárias a estes valores.

Especialmente a teoria das subculturas criminais (Sutherland) afirma que existem valores e normas específicos dos diversos grupos sociais. Estes valores e normas específicos são interiorizados pelos indivíduos pertencentes a estes grupos e determinam o comportamento em concurso com os valores e as normas institucionalizadas pela moral oficial (BARATTA, 2002, p. 73-74).

Todas estas teorias citadas estudam o crime como um “fato social” o criminoso é agente que realiza este fato, por isso podem ser denominadas de “criminologias da passagem do ato” (ANIYAR, 1978). Cada teoria surgiu para tentar explicar melhor as lacunas das outras, porém por mais aperfeiçoadas que se tornaram, em meados do século XX, elas vão entrar em crise por não conseguir dar conta de explicar três grandes questões.

São três os fantasmas que permitiram a crise da “criminologia da passagem do ato” e a emergência da “criminologia da reação social” (ANIYAR, 1978, p. 88).

- I. *A relatividade do delito*: não há uma natureza intrínseca ao desvio, ele é variável no espaço-tempo conforme a atitude da audiência social. O delito, aliás, é uma pequena parte das condutas discordantes e com frequência é difícil a separação entre delito e conduta normal. Não há diferenças ontológicas entre delinquentes e não delinquentes, além da imposição pro alguns de um conteúdo antissocial naqueles;
- II. *A cifra negra*: existe uma separação entre a criminalidade legal (condenações), criminalidade aparente (conhecida por órgãos de controle social) e criminalidade real (delitos cometidos em determinado momento). A diferença entre a criminalidade real e aparente compõe a cifra escura que é uma enorme quantidade de casos que jamais serão conhecidos pela polícia. A *cifra negra* dos delitos é impossível de ser controlada e somente diminui à medida que aumenta a gravidade e a visibilidade do delito. Os filtros da cifra escura, no primeiro nível, são:

descobrimiento do fato; atitude da vítima em relação ao fato; atitude da polícia. Nos níveis superiores tem preferência o poder econômico e político;

- III. *A cifra dourada*: Sutherland revelou que certas características dos comportamentos de companhias poderosas eram similares aos crimes convencionais, às vezes mais gravosos em termos de danosidade social (gerando custo individual, social e moral). Os delitos de “colarinho branco” são raramente tratados por criminólogos que costumam fazer uma *criminologia da miséria*. Crime de colarinho branco é aquele que o sujeito ativo é pessoa de alto status sócio-econômico que é cometido no exercício da atividade econômica.

Nenhuma *criminologia da passagem do ato* deu conta satisfatoriamente de todas essas questões. Para dar conta delas foi necessária uma revolução teórica do *desvio social*.

Por mais artificial e imposto que seja, o Direito Penal orienta-se por um sistema de valores que estabelece o que é um comportamento socialmente adequado, que permite discriminar o que é um comportamento desviante ou não. Neste sentido, algo ou alguém estabelece esses sistemas de valores como legítimos, e estes sujeitos definem o que é delito (BARATTA, 2002, p. 86). Portanto, quando se estuda o crime como algo “dado”, leva-se em consideração apenas um lado da moeda – o sujeito que praticou o ato desviante –, mas se deixa de lado que alguém estabeleceu que aquele ato é desviante.

Logo, para entender as causas da criminalidade é preciso também levar em consideração a ação do sistema penal que define, escolhe e impõe a sanção. “Desse ponto de vista, o desvio *não* é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um “infrator”.” (BECKER, 2008, p. 22) O elemento em comum entre as pessoas rotuladas como “infratores” é apenas que partilham a experiência de *serem rotuladas como desviantes*.

[...] o desvio não é uma qualidade simples, presente em alguns tipos de comportamentos e ausente em outros. É antes o produto de um processo que envolve reações de outras pessoas ao comportamento. [...] Em suma, se um dado ato é desviante ou não, depende em parte da natureza do ato (isto é,

se ele viola ou não alguma regra) e em parte do que outras pessoas fazem acerca dele. (BECKER, 2008, p. 26)

Nada mais emblemático que os *crimes de drogas*, alguns grupos sociais consomem drogas, como a juventude das classes altas, mas não respondem criminalmente por isso. No entanto, outros grupos sociais, marginalizados, são selecionados pelo sistema penal (polícia, justiça e cárcere) e são rotulados como *desviantes*, enquanto outros passam despercebidos pelas malhas do sistema penal.

Ademais, a seleção prévia da lei penal também é determinante. Comportamentos das classes dominantes já disseminados em relação a *drogas psicoativas*, como beber vinho, fumar cigarro, são permitidos enquanto comportamentos específicos das minorias são proibidos.

Enquanto a *criminologia da passagem do ato* apenas considera o crime como “dado” do indivíduo – apenas a infração das normas sociais –, já a *criminologia da reação social* considera mais elementos como “causas da criminalização”.

A *criminologia da reação social* identifica três faces do desvio (ou delito). 1. A elaboração das normas; 2. A infração destas normas; 3. A reação social a esta infração (ANILYAR, 1978, p. 88).

A primeira grande corrente criminológica a apontar a centralidade destes elementos foi o *labelling approach* ou *interacionismo*, neste grupo destaca-se Howard Becker (2008). O *labelling approach* enfatiza que a “criação de regras” e sua “imposição” não é questão lateral no estudo das causas do crime.

Primeiro, a imposição de uma regra é um empreendimento. Alguém – um empreendedor – deve tomar a iniciativa de punir o culpado. Segundo, a imposição ocorre quando aqueles que querem a regra imposta levam a infração à atenção do público; uma infração não pode ser ignorada depois que é tornada pública. Em outras palavras, a imposição ocorre quando alguém delata. Terceiro, pessoas deduram, tornando a imposição necessária, quando vêem alguma vantagem nisso. O interesse pessoal as estimula a tomar a iniciativa. Finalmente, o tipo de interesse pessoal que leva à imposição varia com a complexidade da situação em que a imposição tem lugar (BECKER, 2008, p. 129-130).

Para Becker um foco essencial da pesquisa da reação social são os *empreendedores morais*. Eles podem ser de duas espécies: *criadores de regras* e *impositores de regras*.

Os criadores de regras são explicados pelo protótipo de *reformador cruzado*. Eles se dirigem aos conteúdos das regras. O *cruzado moral* é um “intrrometido”, interessado em impor sua própria moral aos outros, podendo ter fortes motivações humanitárias. Porém, o *cruzado moral* para impor sua regra precisa do auxílio de *especialistas* e de tal forma, abre a porta para interesses imprevistos, pois redigem a legislação para os *cruzados* tendo em mente seus próprios interesses.

É o caso do bispo Brent e de Wright, ambos tinham intenções “puras” em relação às drogas, mas dependiam sempre de outros interesses dos Estados Unidos para que sua cruzada contra as drogas fosse bem sucedida. As circunstâncias históricas fizeram com que os interesses morais desses *criadores de regra* coincidissem em parte com interesses geopolíticos e econômicos internos dos Estados Unidos e outras nações, levando à primeira legislação internacional proibicionista das drogas: a Convenção de Haia.

Although motivation for American initiative in the Chinese problem was a mixture of moral leadership, protection of U.S. domestic welfare, and a desire to soften up Chinese resistance to American financial investments, the United States was also led by the nature of the narcotic trade to seek control of international shipments of crude narcotics to manufacturing countries and thence to markets⁷⁴ (MUSTO, 1999, pos. 177-181).

Uma *cruzada* pode ser bem sucedida ou não. Aquela bem sucedida acarretará na criação da regra e instituições e agentes encarregados de impô-la. A Convenção de Haia (de 1912) fracassou a curto prazo por não conseguir impor instituições e agentes encarregados, pelo que as Convenções subsequentes foram cruciais nesse processo.

⁷⁴ Embora a motivação para a iniciativa norte-americana no problema chinês era uma mistura de liderança moral, a proteção do bem-estar nacional dos EUA e um desejo de suavizar a resistência chinesa a investimentos financeiros americanos, os Estados Unidos também foram levados pela natureza do comércio de narcóticos para buscar controle do carregamentos internacionais de entorpecentes crus para países fabricantes e dali para os mercados (Musto, 1999, pos. 177-181, *tradução nossa*)

Frisamos, como a *cifra escura* indica, a lei não é aplicada sempre que sua infração ocorre. A sua aplicação depende de instituições e agentes que desejem aplicá-la. Mas as instituições e agentes *impositores* não têm a mesma relação com a regra que o *cruzado moral* tinha na sua origem, em realidade eles estabelecem uma relação formal, burocrática, com a regra.

Como a imposição de certas fornece uma justificativa para seu modo de vida, o impositor tem dois interesses que condicionam sua atividade de imposição: primeiro, ele deve justificar a existência de sua posição; segundo, deve ganhar o respeito daqueles com quem lida. (BECKER, 2008, p. 161)

A imposição ou não da regra dependerá de muitos fatores vinculados a esses interesses do *impositor da regra*. Howard Becker (2008) frisarà que o sucesso do rótulo pelo *impositor da regra* depende de alguns fatores para além de um comportamento infrator.

Se uma pessoa que comete um ato desviante será de fato rotulada de desviante depende de muitas coisas alheias a seu comportamento efetivo: depende de o agente da lei sentir que dessa vez deve dar alguma demonstração de que está fazendo seu trabalho a fim de justificar sua posição; de o infrator mostrar a devida deferência ao impositor; de o “intermediário” entrar em ação ou não; e de o tipo de ato cometido estar incluído na lista de prioridades do impositor. (BECKER, 2008, p. 166)

Em síntese para Becker (2008) cumpre ver o desvio como uma consequência de um processo de interação entre pessoas, algumas das quais que criam e impõem regras a outras – que cometeram atos rotulados como desviantes.

No *proibicionismo* vemos claramente esta distinção. Além do usuário e traficante de drogas, temos mais dois agentes necessários para o processo de criminalização. *Movimentos sociais proibicionistas*, como a o *temperance movement* [movimento da temperança], os movimentos *puritanistas*, encarnam os *cruzados morais*. Já as agências como *Federal Bureau of Narcotics* (FBN) [Secretaria Federal de Entorpecentes] ou *Drug Enforcement Agency* (DEA) [Agência de Repressão à Droga] encarnam os *impositores da regra*. No melhor dos casos, estes últimos veem a repressão penal como uma obrigação burocrática, do seu dia-dia, não necessariamente uma cruzada contra o mal.

Essa dissociação explica porque muitas vezes os grupos que promovem uma legislação proibicionista não veem na aplicação da lei os resultados que esperavam, levando-os a uma posição conflituosa com os agentes e instituições encarregados de aplicá-la.

Os *impositores de regra* não impõem a norma geral sempre que um delito é cometido. Aliás, nem têm como, a *cifra negra* é a lacuna entre a delinquência realizada, mas não reconhecida como tal pelos sujeitos encarregados de impor a regra: a *delinquência latente*. A *delinquência latente* corresponde à esmagadora maioria dos *delitos* realizados. Com a enorme quantidade de crimes nas legislações penais contemporâneas é possível afirmar que toda (ou a quase totalidade) da população comete delitos, mas só alguns poucos delitos cometidos são *reconhecidos* como tal. Quanto aos que de fato cometem um crime, passível de reconhecimento como tal, os fatores para a criminalização dependem da presença do impositor da norma, visibilidade do infrator etc. Ou seja o processo de rotulação, mesmo quando um ato penal é cometido, representa uma infimíssima parcela, em certos casos insignificantes, da delinquência.

Isto ocorre porque entre a norma geral (ou regra geral) e sua aplicação existem *meta-regras*. As *meta-regras* são regras de interpretação e aplicação das regras gerais. As meta-regras são comuns na metodologia do direito – a “aplicação da lei penal”, mas também existem no plano objetivo sociológico, isto é,

[...] nas leis e mecanismos que agem objetivamente na mente do intérprete, e que devem ser pressupostos para os fins de uma explicação sociológica da divergência entre a delinquência reconhecida e a delinquência latente. (BARATTA, 2002, p. 105)

Estas meta-regras, conscientes ou não, são influenciadas pela cultura do agente. Há um *processo de filtragem* da população criminal que seleciona aqueles contra os quais a repressão é infligida. A diferença entre a criminalidade latente e a perseguida, sobre uma perspectiva macrossociológica, é desigualmente distribuída entre os indivíduos (BARATTA, 2002, p. 107).

A criminalidade é um “*bem*” que é distribuído de forma desigual. Se o patrimônio, o privilégio etc. são *bens positivos*, a criminalidade é um *bem negativo*, distribuído pelos sujeitos *impositores da regra* – o sistema penal – que acarreta em consequências jurídicas (no direito penal) e sociais (estigmatização, prejuízos no *status* social etc.) (BARATTA, 2002, p. 107-108).

A *criminologia da reação social* deslocou o objeto da criminologia da “criminalidade” para a “criminalização”. Não é no indivíduo que se encontra a chave para entender o *crime*, mas na equação entre sujeito, Estado e delito. Sem o processo de criminalização do Estado não existe crime, o Estado criminaliza sujeitos criando leis e impondo-as, este processo cria a distribuição de bens negativos na sociedade em prejuízo de um grupo, em benefício de outros que enfrentam menos desta concorrência negativa.

Essa contribuição epistemológica mudou todo entendimento de como se pensa e estuda a criminologia. Porém apenas explica que há uma participação do Estado no processo de criminalização, mas não explica qual a função estrutural do cárcere na sociedade. Não basta a compreensão de que é assim, mas o porquê é assim é também fundamental nas ciências humanas. A passagem de um modelo descritivo, para um explicativo representa a passagem de um modelo ingênuo liberal-culturalista, a um modelo radical científico.

A *criminologia da reação social*, na sua vertente liberal já tratada, demonstra a criminalização como *status* negativo distribuído na sociedade. Mas como crítica ao sistema penal peca pela falta de materialismo, de historicidade. O *status* negativo é estratégia empregada em diversas civilizações em diversos momentos históricos, o que permite diferenciar o cárcere hodierno com os castigos corporais? Por que em todas as sociedades contemporâneas a prisão é a pena por excelência? Trata-se de entender qual o papel do cárcere na sociedade capitalista. Com o escopo de responder a essas questões surge a *criminologia crítica*.

Portanto, dentro da *criminologia da reação social*, a *criminologia crítica* é a corrente que constrói uma explicação econômico-política do desvio, dos comportamentos socialmente negativos e da criminalização (BARATTA, 2002, p. 159).

A *criminologia crítica* atinge “*maturação*” quando o enfoque se desloca do desvio para o *processo de criminalização*. O direito penal, definidor do *crime*, está no centro da crítica. O direito penal, não é um conjunto ideal de normas, mas um *sistema dinâmico de funções* em que se distinguem três mecanismos: produção das normas; aplicação das normas e; execução da pena ou das medidas de segurança (BARATTA, 2002, p. 161).

Durante a Idade Média o sistema criminal tinha por função manter as relações hierárquicas entre senhores e servos, assim a arbitragem privada, seja pela

expição da culpa ou pelo pagamento de multas (fianças) eram as formas privilegiadas de pena. As fianças eram estabelecidas conforme o status social da vítima e do autor, aqueles que não tinham condições de pagar a fiança eram castigados fisicamente – execução, banimento, mutilação, marcação a ferro e açoites (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 24-25).

A dissolução do mundo feudal durante o século XVI – como a quebra dos vínculos feudais nas grandes cidades – e a proletarização da população amplia o uso da pena de castigo corporal, substituindo paulatinamente as fianças, e torna o Direito Criminal um ramo do Direito Público, não mais privado. Igualmente, a burguesia emergente promove legislações que se preocupam cada vez mais com a punição por delitos contra a propriedade (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 29-36).

“De longe, o maior número de crimes era agora contra a propriedade, cometidos por aqueles que não tinham propriedade alguma, de modo que dificilmente uma fiança atingiria estes casos.” (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 36).

Entretanto a situação muda no século seguinte por causa da falta de constância da força de trabalho e a baixa produtividade do trabalho. Os capitalistas apelam ao Estado para garantir a redução dos salários e a produtividade do capital. Logo, algumas medidas são tomadas, estímulos para aumento da taxa de natalidade, diminuição do recrutamento para o exército, tabelamento do preço da mão-de-obra, proibição de organização da classe trabalhadora, utilização de mão-de-obra infantil, escolas industriais etc. (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 45-57).

“O segmento visado era constituído por mendigos aptos, vagabundos, desempregados, prostitutas e ladrões.” (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 69).

O sistema penal então preocupa-se em aproveitar essa reserva de mão-de-obra disponível não apenas para absorvê-la na atividade econômica, mas “ressocializá-la” para o mercado de trabalho. Surgem as *casas de correção* que através do trabalho forçado habitua os prisioneiros a hábitos industriais e lhes dá treinamento profissional útil para a produtividade do capital. “Em geral, a composição das casas de correção parece ter-se espalhado de forma similar por toda parte.” (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 69) Destarte a partir do século XVI, o encarceramento torna-se a pena por excelência enquanto a fiança e os castigos corporais são descartados ou drasticamente diminuídos.

Porém, a casa de correção entra em um período de decadência em meados do século XVIII.

A casa de correção surgiu em uma situação social na qual as condições do mercado de trabalho eram favoráveis para as classes subalternas. Porém essa situação mudou. A demanda por trabalhadores fora satisfeita e, eventualmente, produziu-se um excedente. (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 125)

As medidas coercitivas empregadas durante o período mercantilista não eram mais necessárias, o sistema de regulamentos destinados a controlar os salários, as restrições à mudança de emprego, a política populacional, medidas contra emigração e outras medidas tornaram-se obsoletas. “Todo o sistema de assistência social desestruturou-se.” (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 131)

O novo princípio da assistência estatal estabelecia uma situação para a clientela da assistência que deveria ser mais desfavorável que a situação de um trabalhador independente das classes subalternas (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 135). A *casa de correção* passou pelo mesmo destino, pauperizada não formava mais a força de trabalho, simplesmente os acumulava em suas grades.

Enquanto os códigos penais eram criados sobre bases iluministas, as penas eram mais desumanas e a criminalização era maior. As reformas legislativas reimplementaram punições excessivas, a pena de morte, prisão perpétua, mutilações, perda de direitos civis e confisco de propriedade, ao mesmo tempo em que condenações por furto e outros delitos aumentavam (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 138-140).

As péssimas condições da prisão, devido à política deliberada de privação dos prisioneiros e ao rápido crescimento do número de condenados sem um crescimento correspondente dos recursos disponíveis, ficaram ainda mais intoleráveis com a mudança no sistema de trabalho do condenado. Não era necessário para um tirano cruel chegar e transformar as casas de correção num lugar de tormento. O simples fato de que eles não estavam mais pagando os investimentos era suficiente. (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 154-155)

O trabalho carcerário deixou de almejar a formação da mão-de-obra convertendo-se em um método de tortura, trabalhos intermináveis, o mais cansativo possível, como carregar pedras de um lugar para outro; cavar poços inúteis; mover

moinhos sem função alguma etc. “Os legisladores e os juízes eram indiferentes às condições carcerárias.”(RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 160)

Ironicamente, as atuais bases do Direito Penal *humanizado* – que criminaliza o fato e não o sujeito – foram assentadas nesse período. A separação da lei e da moral e a noção de igualdade perante a lei foi um dos pilares afirmados, embora “Falar de igualdade perante a lei não prevenia que os mesmos fatos tivessem diferentes interpretações para as classes diferentes.” (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 143) Nas novas legislações a pena não tem um valor utilitário, é concebida como consequência automática da transgressão. Forma-se uma ideia abstrata de justiça.

O idealismo da legislação oculta a função de classe do Direito Penal e vai sendo adotada progressivamente em outros países.

Somente o final do século XIX (até meados do século XX) vão inverter essa tendência, já que a imensa expansão da produção industrial desse período favorece uma máxima absorção da força de trabalho (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 194).

Porém, a situação de *welfare* social do século XX sofre de um novo revés a partir da década de setenta, especialmente nos Estados Unidos. A crise do petróleo terá repercussões penais observáveis na dificuldade das condições de vida dos trabalhadores. Programas de distribuição de renda e assistenciais são desmantelados pelo Estado, na mesma medida em que o Estado punitivo entra para conter a desordem e o tumulto causado pela intensificação da insegurança e marginalidade. O Estado assume uma política de “*criminalização das consequências da pobreza*” da qual em parte foi culpado de criar (WACQUANT, 2007, p. 111).

Duas modalidades são operadas. Uma primeira de reorganizar os serviços sociais em instrumento de vigilância e controle, de modo a estipular normas de conduta onerosas para classes subproletárias como obrigar a aceitar qualquer proposta de trabalho independente de remuneração e condições de trabalho.

Um segundo componente é o recurso maciço e sistemático da prisão, nos Estados Unidos a população presa entre 1970 a 1995 cresce 442% - de 199 mil para 1 milhão e 78 mil (WACQUANT, 2007, p. 114).

A remodelação penal do *welfare* emerge como um componente essencial do aparato do novo Estado, reunindo *workfare* e *prisonfare* em uma única teia institucional, protegida pela *dupla*

regulação da pobreza nas frentes do trabalho e do crime.
(WACQUANT, 2007, p. 191)

Às prisões soma-se uma quantidade enorme de sujeitos mantidos sob supervisão da justiça criminal como a liberdade vigiada e liberdade condicional. Esta população representa mais $\frac{3}{4}$ do total (WACQUANT, 2007, p. 117). Nestas décadas recentes, o motor do crescimento carcerário foi a *guerra às drogas* dirigida contra a juventude urbana proletária, especialmente a juventude negra, mais criminalizada do que qualquer outro segmento.

A prisão nas penitenciárias federais americanas por crimes relacionados ao tráfico era, na década de setenta, de 27% enquanto na década de noventa passa a 61% (WACQUANT, 2007, p. 116).

Só que o discurso da *criminalização da droga* não foi o mesmo antes e depois dos anos sessenta. Antes dos anos sessenta havia um predomínio do consumo de drogas entre segmentos marginalizados, depois do movimento de contracultura o uso de drogas criminalizadas é distribuído por toda a população. Para implementar uma massiva criminalização sem atingir as classes não proletárias foi necessário readequar o discurso anterior.

As legislações de drogas antes dos anos sessenta puniam tanto usuários de drogas quanto vendedores, em alguns casos eram mais lenientes com o usuário e mais rígidos com o traficante, mas a tendência era tratar as duas categorias de forma semelhante. Tanto usuários quanto traficantes eram *marginais*.

A decisão de “Robinson v. Califórnia” de 1962 define o *consumidor de drogas* como uma vítima, enquanto o *traficante* – uma categoria jurídica que envolve inúmeras atividades como compartilhar, produzir, vender, financiar drogas – seria o vitimador. Aparentemente essa formulação menos repressiva visa ser mais leniente com o consumidor de *drogas*. Cria-se uma *diferenciação* entre consumidor e traficante que nem sempre é fácil de constatar na realidade (OLMO, 1975, p. 57). Esta separação entende por *consumidor* aquele que isoladamente consome a droga, um indivíduo que como uma mônada é vítima passiva das circunstâncias sociais.

Ocorre que o consumo é, em si mesmo, um ato social. Consumidores de droga costumam compartilhar conhecimento sobre a droga e a própria droga entre eles.

A droga pode ser comprada coletivamente e uma pessoa tirar vantagem financeira disso, outros podem comprar do amigo para não tirar injustamente dele

que pagou pela droga. Além dessas situações, um consumidor pode preferir produzir a droga em casa do que comprar.

Por outro lado, o *traficante* frequentemente também é consumidor de drogas. Alguns, aliás são vendedores da droga apenas para poder comprar a droga. Ou seja, essa *diferenciação* que parece ser simples, nada de simples tem. É difícil de ser aplicada e, em muitas circunstâncias, impraticável.

A *diferenciação* não é científica, é *ideológica*. É que essa aparente liberalização tem um fundo classista. Na prática a *diferenciação* não visa separar consumidor e traficante, pelo contrário, visa diferenciar classes altas e subalternas, ricos e pobres (OLMO, 1975, p. 58).

A própria imagem de “*traficante*” não são fornecedores e distribuidores de droga – que são de classes sociais mais altas –, são pobres favelados, negros “violentos”. As metarregras não consideram a diferenciação de forma igualitária, mas agem em prejuízo das camadas subalternas.

A *ideologia da diferenciação* imuniza grandes *traficantes* pelo seu status social, da mesma forma como imuniza também esse *consumidor* (OLMO, 1975, p. 58).

Assim como o direito penal moderno, a *ideologia da diferenciação* inscrito nos códigos⁷⁵ oculta a seleção penal classista. Diz fazer justiça por não reprimir a vítima da droga – o *consumidor* – e isenta, aparentemente, o conteúdo racial e classista da seleção punitiva. É a norma penal ideal, ideológica por excelência.

A *ideologia da diferenciação* funciona em um sentido duplo: beneficia o controle social psiquiátrico e beneficia o sistema penal tornando-o aparentemente justo.

“Calificar al adicto primero como delincuente y luego como enfermo es un mecanismo muy sutil y a veces *invisible* de control social”.⁷⁶ (OLMO, 1975, p. 61)

De outro lado, os códigos e juristas alegam penalizar o traficante por um bom motivo, proteger a saúde pública, reduzir as vítimas das drogas, proteger o público, enquanto em realidade, conscientes ou não disso, estão potencializando a vitimação afunilando a repressão contra os pobres.

⁷⁵ No Brasil conforme a lei atual é principalmente a diferença entre o artigo 28 – consumidor – e artigo 33 – traficante.

⁷⁶ “Qualificar o dependente primeiro como delinquente e logo como doente é um mecanismo muito sutil e as vezes *invisible* de controle social.” (OLMO, 1975, p. 61, *tradução nossa*)

A declaração da *guerra às drogas* coincide com o período conjuntural em que *ideologia da diferenciação* conquista a legislação e o senso comum e também com o aumento do encarceramento no mundo. A criminalização do tráfico, argue-se, diminuiria o consumo e aumentaria o preço – “proteger o consumidor e a sociedade da dependência”. A criminalização do tráfico supostamente é uma estratégia que visa atacar a oferta de droga, entretanto não faz nada disso. Incentivou o mercado, aumentou a violência (individual, Estatal e estrutural), protegeu as classes altas (usuários ou traficantes de droga) e entorpeceu o senso comum sobre a verdade do consumo de drogas.

Mas ela [*a guerra às drogas*] serviu também para apontar a lança do Estado penal em direção aos segmentos mais miseráveis do subproletariado urbano do país para erguer um cenário público no qual os políticos poderiam exhibir-se no ato de entrega de um serviço essencial aos cidadãos trabalhadores: a proteção viril contra os bandidos de rua. (WACQUANT, 2007, p. 117)

O plano de segurança pública constitui a política bélica e do Estado – do qual o Sistema de Justiça Criminal é apenas uma parte – que circunscreve grupos sociais marginalizados ao gueto e ao cárcere. Deste modo, é útil para o sistema de controle social a incriminação de condutas marginalizadas, seja ela como consumidor ou como pequeno distribuidor. Não é por acaso que dados referentes ao contexto brasileiro indicam que um quinto da população carcerária masculina e dois terços da feminina brasileira permanecem presos condenados por tráfico de drogas (DEPEN, 2011, p. 41-42). Aliás, de uma população carcerária 88% abaixo do ensino médio completo (DEPEN, 2011, p. 44).

Hoje a *ideologia da diferenciação* causa um efeito secundário perverso, hipostasia as relações com a droga como “delinquência”. Via de regra quem lida com drogas é delinquente, marginal, só é vítima da droga aquele que assim *provar* no tribunal, no processo de seu caso específico. Perante um julgador são menos importantes as circunstâncias do fato do que o status social, mas ambos estão presentes. É o acusado que precisa provar a inocência e não o contrário.

Talvez mais perverso seja o movimento contemporâneo de política criminal atuarial. A política criminal atuarial pretende selecionar os indivíduos por fatores de risco, é um retorno desonroso ao direito penal do autor. Nos cálculos atuariais, o uso

de drogas ou as condenações por drogas são, invariavelmente, fator de risco que aumenta a seletividade penal.

A política criminal atuarial contraria a *ideologia da diferenciação*. Retorna por um caminho obtuso ao momento anterior em que mais do que saber se é consumidor ou traficante, importa saber se o sujeito está envolvido na cultura da droga como um todo.

Portanto, contemporaneamente, vemos um retorno ao patamar de suspensão criminológica da *ideologia da diferenciação* – semelhante ao período entre 1930 e 1960 – que privilegia a criminalização da droga e do usuário de droga em meio ao crescimento da repressão penal.

O Brasil e o resto do mundo não são meros observadores da política criminalizatória estadunidense. Em realidade, o papel proeminente dos Estados Unidos na economia e política mundial torna quase todo o mundo importador das *tendências* norte-americanas. Não somente a criminalização do tráfico de drogas, mas as técnicas processuais são “*tecnologias*” importadas para uso local. Delação premiada, grampeamento de telefones etc. são apenas alguns exemplos, o principal campo de *americanização do sistema de justiça criminal* (ANDREAS; NADELMANN, 2006, p. 107) são as técnicas de criminalização do tráfico de drogas que ganham peso a partir dos anos setenta. Às vezes essa importação é mediada por uma Convenção Internacional que coloca essas previsões (como é o caso da importante Convenção de 1988), em outras ocasiões é auxílio mútuo bilateral entre agentes da repressão, por último a formação de intelectuais – como juristas, sociólogos, politólogos etc. – também cumpre esse papel.

Evidentemente cada região tem suas particularidades no uso dessas tecnologias para a criminalização do tráfico de drogas, particularidades relacionadas a sua conjuntura histórica, nada obstante, o fato que os Estados Unidos são o motor principal das mudanças econômico-sociais mundiais os torna *avant-garde* tecnológico não só em questões comerciais, mas também na absorção das terríveis técnicas americanas de segurança pública.

Assim, por exemplo, o Brasil não importou idênticas relações de discriminação racial com as drogas, mas adequou às suas necessidades. É alienígena à realidade brasileira criminalizar *mexicanos usuários de maconha* ou *porto-riquenhos traficantes de heroína*, mas não o é criminalizar *negros usuários/traficantes de crack*, uma classe majoritariamente subalterna no Brasil e

uma *droga* mais comum no território. O sistema de justiça criminal dos diversos países aprende os padrões estadunidenses de repressão e os utiliza conforme suas necessidades estruturais de segurança pública. Questão que mostra como a discriminação racial é importante, mas insuficiente para explicar a criminalização das drogas.

As políticas prisionais vêm acompanhadas de um discurso por maior segurança. Sem embargo, a segurança é tanto menor quanto maior atuação do sistema de justiça penal. Esquece-se que no melhor dos casos o sistema penal utiliza-se de uma violência institucional – polícia, prisão etc. – para reprimir a violência individual. Só que a violência individual ou mesmo grupal não ocorre abstratamente na sociedade, mas sempre na historicidade dela. E a história dos povos, por outro lado, têm sido a história dos constantes obstáculos às potencialidades humanas. A constante *repressão* às necessidades reais de uns satisfeitas à custa de outros. Aqueles que se beneficiam da exploração e aqueles que são explorados.

A repressão às necessidades e possibilidades históricas é uma violência estrutural, ela é sofrida sobretudo pelos trabalhadores no seu devir histórico. O sistema penal é uma violência institucional que seleciona as classes subalternas, vítimas privilegiadas da violência estrutural (BARATTA, 2004b, p. 337).

O sistema de justiça criminal lida com a violência, ou seja, a *constrói* e a *controla*. Nesse sentido o Direito Penal é falho, pois somente considera a violência individual, cego aos outros tipos de violência.

Igualmente é falho por intervir apenas de forma seletiva. A regra para o direito penal é a impunidade e só como exceção se criminaliza alguém. O essencial para a regra se tornar exceção são as relações de propriedade e poder, pelo que o direito penal age, em geral, somente sobre aqueles marginalizados (BARATTA, 2004b, p. 339).

Em acréscimo, o Direito Penal é inadequado para a proteção dos mais fracos por não ser *instrumental*, mas sim *simbólico*. a) intervêm nos efeitos (comportamentos) e não nas causas (conflitos) da violência; b) intervêm sobre pessoas (variável independente) e não em situações; c) intervêm reativa e não preventivamente, observe-se que os direitos da vítima só surgem após tornarem-se vítimas, o que é igualmente importante para compreender que não intervindo antes, o direito penal é mais um ritual de vingança do que propriamente um controle da

violência e; d) o direito penal pressupõe a *identidade fictícia*, i.e. que a pessoa em juízo é a mesma que cometeu o delito na época do fato, o que não corresponde à realidade (BARATTA, 2004b, p. 340).

O direito penal não apenas não dá conta de controlar a violência, como também é uma violência institucional exercida pelo Estado, já que o sistema punitivo é, em si, uma repressão às necessidades reais ao suspender os direitos humanos do indiciado, processado e condenado.

A violência institucional penal, na sua função latente reproduz a violência estrutural ao selecionar sua clientela entre setores marginalizados e gerar uma marginalização secundária. Além dessa função material, cumpre a importante função simbólica de criar o estereótipo criminal marginal que legitima sua própria seletividade e a desigualdade real. Por isso o sistema penal escamoteia e mantém a violência estrutural.

O sistema punitivo também canaliza a violência das classes dominantes suspendendo os limites da lei, Constituição e direitos humanos ao criar leis excepcionais, como a legislação para terroristas e, como ignorar, a legislação “anti-drogas.

Por último, a não seletividade da violência institucional admite uma extralegalidade violenta de grupos ou instituições que reproduz um sistema de privilégios e dominações. O direito penal permite um *ejercicio extralegal de la violencia penal* [exercício extra legal da violência penal] (BARATTA, 2004b, p. 343).

A atuação do sistema penal nos casos de droga é ainda mais desnecessário, pune uma ação que não é violenta em si mesma e que não há vítima: ambas as partes – comprador e traficante – querem realizar o fato.

A segurança pública das drogas não pode ser a criminalização, esta em nada aumenta a segurança, apenas viola mais os direitos humanos. Por isso a segurança pública das drogas só pode ser o abolicionismo. Somente o fim da criminalização do *tipo* de drogas – qualquer que seja – permite mudar a situação de violência para uma de segurança.

Mudanças como a descriminalização do uso são parciais e completamente inefetivas, porque continuam prejudicando usuários torna os miseráveis vítimas do sistema de justiça penal – rotulados de traficantes.

Não precisamos de outro Direito Penal, mas algo melhor que o Direito Penal (BARATTA, 2002). A questão da droga é a mais exemplificativa dessa asserção.

Portanto, a segurança pública dos direitos humanos implica tanto reduzir o Direito Penal ao mínimo – somente a casos de violência individual que outras sanções sociais não possam dar conta – quanto, definitivamente, abolir o Direito Penal.

Ora a criminalização das drogas é uma política de violência contra as classes subalternas que só instrumentaliza de forma mais eficiente o sistema de justiça penal. Acabar com a criminalização das drogas não acaba com o seu real fundamento, a contínua necessidade do sistema em criminalizar as classes subalternas. Logo, não basta acabar com os tipos de drogas, é necessário abolir o sistema de justiça penal. Este deveria ser o verdadeiro fundamento de uma segurança pública das drogas, a segurança dos direitos humanos.

Por enquanto, o pilar proibicionista de segurança pública é um dos campos mais contraditórios da guerra às drogas, quanto mais se penaliza, maiores os problemas com a droga. No entanto, os mesmos gestores que veem os problemas escancarados da *guerra às drogas* são os que mais insistem nela.

Isso porque a segurança pública proibicionista nada tem de saúde pública, mas tem de discriminação social, disciplina da força de trabalho e na reprodução do capital.

Esses motivos fazem com que a política atual de segurança pública embora um fracasso nos seus objetivos declarados – redução do consumo da droga – seja um sucesso nos seus objetivos históricos latentes: a perpetuação de uma sociedade desigual. Esta é a razão pela qual o remédio para aparente fracasso é mais da doença que causa o fracasso. Não parece haver saída desse círculo vicioso enquanto não encarmos com seriedade a superação das necessidades estruturais do capital expressas no cárcere.

4.5 O fundamento da segurança internacional: uma faca de dois gumes

O último pilar do proibicionismo é de segurança internacional. Assim como as outras estruturas, a segurança internacional terá dois momentos diferentes antes

e depois da declaração de guerra às drogas. O antes são as convenções de droga, o depois é uma repressão militar e policial internacional.

Porém, é na relação metrópole/colônia o primeiro momento em que as drogas jogam um papel importante nas relações internacionais: tanto políticas quanto econômicas. Durante o mercantilismo, as drogas, independente do seu status jurídico atual, foram amplamente utilizadas como mercadorias.

Uma primeira forma de intercâmbio entre ameríndios e europeus foram drogas. Desde o início da colonização cervejas, vinhos e bebidas destiladas foram importantes itens de troca porque permitiram gerar um constante escambo com outras mercadorias que os Europeus tinham interesse – como peles, especiarias, terras etc.

Drogas são mercadorias e de alto valor, são consumíveis imediatamente e devem ser prontamente readquiridas, logo mantêm o negócio circulando entre ambos os povos. Independente da rejeição moral de europeus ao consumo de drogas, elas foram amplamente utilizadas nas relações de colonização, um veículo de dominação comercial imperial.

Para dar alguns exemplos, no caso do antigo império Inca, os espanhóis exploravam a mão de obra indígena nas minas de prata de *Potosí* por um sistema de trabalho chamado *mita* – sistema de escravidão incaico. O esgotamento dos indígenas era tal que dentro das rações de comida os espanhóis davam coca para aliviar o cansaço do trabalho (STREATFEILD, 2001). Embora o uso de coca fosse mal visto e reprimido pela Igreja católica, estas preocupações foram menores enquanto a prata continuasse saindo de Potosí. Algo semelhante acontecia no Brasil com o uso de *maconha* pelos negros provenientes de Angola nas fazendas de cana-de-açúcar.

Os exemplos existem em abundância: França e Inglaterra costumavam trocar rum e conhaque por peles; ingleses e portugueses trocavam bebidas alcoólicas por escravos, mantendo o sistema de escravismo colonial que era benéfico a cada país. “Africans who developed a taste for imported alcohol sought

out more captives for the trade, just as the Indians sought out more furs; sometimes they sold their own relatives.”⁷⁷ (COURTWRIGHT, 2002, 149).

Na ótica do comércio internacional era mais importante encarar as drogas como mercadorias do que como problemas morais ou criminalizatórios. Muitas vezes essas transações tinham pretensões imperiais, outras vezes porém eram comercializadas como qualquer mercadoria em um jogo limpo com outros comerciantes europeus ou asiáticos.

At the dawn of the modern era the cross-cultural exchange of goods, including psychoactive substances, accelerated as Europeans ventured across the oceans. Asians exported tea; Europeans marketed strong alcoholic beverages. Demand increased for coffee from the Near East and Africa, tobacco from the Western Hemisphere, and chocolate from South America.⁷⁸ (McALLISTER, 2002, p. 9)

As drogas não serão menos importantes durante a fase seguinte do capitalismo. A China, um mercado pelo qual as potências ocidentais ansiavam, era de difícil inserção. Aliás, a qualidade dos produtos manufaturados pela China não raro gerava uma balança comercial negativa para as potências europeias, entre elas, a Inglaterra, Holanda e Portugal. Porcelana, tecidos e chás eram produtos cobiçados, de outro lado as mercadorias inglesas não tinham tanto espaço no mercado chinês (McALLISTER, 2002, p. 10).

Uma forma de tornar essa balança favorável seria franquear o governo imperial centralizado e conseguir penetrar dentro do território chinês ampliando o mercado consumidor; outra, é encontrar uma mercadoria a qual os chineses desejassem consumir. Esta mercadoria era o ópio.

O ópio já era conhecido na China e na Ásia em geral muito antes das grandes navegações. Mas durante os séculos XVII e XVIII a popularidade do ópio – de fumar ópio sem tabaco – entra em ascensão na China. As potências ocidentais

⁷⁷ “Africanos que desenvolveram um gosto para o álcool importado procuraram mais cativos para o comércio, assim como os indígenas procuraram mais peles; às vezes eles venderam seus próprios parentes.” (COURTWRIGHT, 2002, 149, *tradução nossa*)

⁷⁸ No alvorecer da era moderna o intercâmbio cultural dos bens, incluindo substâncias psicoativas, acelerou na medida em que europeus aventuraram-se através dos oceanos. Os asiáticos exportavam chá; europeus comercializavam fortes bebidas alcoólicas. A demanda crescia por café do Oriente Médio e África, tabaco do Hemisfério Ocidental, e chocolate da América do Sul. (McALLISTER, 2002, p. 9, *tradução nossa*)

aproveitam a oportunidade. A Companhia (Britânica) das Índias Orientais promove um comércio de ópio de escala continental.

O sistema era simples, nas suas colônias indianas a Companhia tinha monopólio da compra do ópio dos agricultores indianos, o pagamento era adiantado em troca de uma quantidade de ópio, este ópio era vendido a atacadistas independentes que lucravam com a venda nos portos chineses – o principal cliente. Portugal fez o mesmo em Malwa, no norte da Índia (McALLISTER, 2002, p. 11).

A produção e comércio de ópio foi uma ótima solução para governos coloniais. Deu uma ocupação para camponeses, comerciantes, banqueiros e oficiais de governo. Além do mais a exportação para a China manteve um fluxo rotineiro, equilibrando a balança comercial. Inicialmente o fumo de ópio era hábito de ricos, porém

By the 1830s, however, it had spread among palace eunuchs, imperial officials, soldiers, and merchants. By the 1870s it was common among chair-bearers, boatmen, and other laborers, and by the early 1900, among peasantry itself. In 1906, according to one recent estimate, 16,2 million Chinese (3.6 percent of the total population; 6.0 of the adult population) were dependent daily smokers of opium. Perhaps half of the adult population smoked opium at least occasionally, to celebrate festivals or ward off disease.⁷⁹ (COURTWRIGHT, 2002, p. 33-34)

O comércio do ópio prosperava. “Yet promoting the opium trade presented international political problems. Official China considered opium smoking a moral vice and, increasingly, an economic threat.”⁸⁰ (McALLISTER, 2002, p. 11) A ameaça econômica do ópio cria uma dificuldade monetária para a China:

[...] a situação criada na China com a difusão do ópio pelos ingleses fez com que, para equilibrar suas exportações, o país

⁷⁹ Na década de 1830, no entanto, tinha se espalhado entre os eunucos do palácio, funcionários imperiais, soldados e comerciantes. Na década de 1870 era comum entre os empresários, barqueiros e outros trabalhadores, e pelo início de 1900, entre o próprio campesinato. Em 1906, de acordo com uma estimativa recente, 16,2 milhões de chineses (3,6 por cento do total da população; 6,0 da população adulta) eram fumantes diários dependentes de ópio. Talvez metade da população adulta fumava ópio, pelo menos ocasionalmente, para celebrar festivais ou evitar doenças. (COURTWRIGHT, 2002, p. 33-34, *tradução nossa*)

⁸⁰ Contudo, promover o comércio de ópio apresentou problemas políticos internacionais. Oficialmente a China considerava fumar ópio um vício moral e, cada vez mais, uma ameaça econômica. (McALLISTER, 2002, p. 11, *tradução nossa*)

tivesse que começar a saldar suas dívidas com a exportação de prata, gerando déficit na moeda-prata e crise no sistema monetário. (PASSETTI, 1991, p. 26-27)

A questão era que o mercado chinês dificilmente abria-se para os bens ocidentais manufaturados, por serem muito caros e de pouca aceitação. Entre 1815 e 1842 foi o *ópio* o primeiro bem que a Coroa Britânica encontrou que podia ser exportada em massa de uma de suas colônias, permitindo sua inserção no mercado consumidor chinês. “[...] o problema não era médico, moral ou político, mas sim econômico.” (PASSETTI, 1991, p. 28).

Diversos decretos imperiais visaram o banimento do ópio, respondendo a um padrão inter-relacionado com a oferta e demanda. Porém, a proibição da importação de ópio em 1799 não fez com que a oferta fosse reduzida, mas simplesmente promoveu o tráfico ilícito. Compradores depois contrabandeavam os bens até o interior, corrompendo oficiais quando necessário. As tensões foram se acumulando até 1838 quando comissionários imperiais confiscam ópio dos portos levando à primeira guerra do ópio (McALLISTER, 2002, p. 12).

Desde 1729 a Inglaterra forçava o governo chinês a importar mais caixas de ópio, beneficiando a Companhia Britânica imensamente. A total proibição da entrada das caixas de ópio na China leva a duas guerras do ópio (1839/1842 e 1856/1860). A derrota para a coroa britânica significou pesados limites à sua soberania e tratados comerciais ainda mais opressivos (SINHA, 2011, p. 6). Não é estranho que a Inglaterra entre em ambas as guerras justamente sob o argumento da defesa do livre comércio e da civilização ocidental, uma vez que 1/6 do lucro da *East Indian Company* vinham do ópio (OLMO, 1975, p. 35-36).

O governo central chinês era prejudicado pelo fumo de ópio por duas razões. De um lado, o comércio internacional trazia um desequilíbrio em prejuízo da China, de outro lado, a produção interna de ópio pelos fazendeiros locais e a corrupção dos oficiais provincianos quebravam o domínio político centralizado. “In addition to its value as a cash crop, opium served as a medium of exchange and contributed to the development of a market economy, especially in cash-starved interior provinces.”⁸¹

⁸¹ "Além de seu valor como colheita, o ópio serviu como um meio de troca e contribuiu para o desenvolvimento de uma economia de mercado, especialmente em províncias do interior sedentas por dinheiro." (McALLISTER, 2002, p. 13, *tradução nossa*)

(McALLISTER, 2002, p. 13) Enfrentar o ópio era política nacionalista em prol do governo central.

Enquanto as importações de ópio subiram para 15 milhões de libras em 1879, a própria China nas províncias do Sudoeste estava produzindo aproximadamente 32 milhões de libras para atender a demanda (COURTWRIGHT, 2002, p. 35).

Sob a ótica inglesa a política imperial prejudicava os lucrativos negócios que a Inglaterra muito demorou alcançar, não é por outro motivo que se lançam contra a China nas duas Guerras do Ópio com o argumento de defender o livre-comércio (ROSA DEL OLMO, 1975).

A humilhante derrota da China na primeira e segunda Guerra do Ópio contra a Inglaterra inibe o controle centralizado das importações de ópio. Mas as consequências foram para além do ópio, graças à vitória, ocidentais ganharam privilégios comerciais, dentre vários pontos, a possibilidade de penetrar comercialmente no interior da China beneficiando outros países ocidentais como a Bélgica e Suécia. Ademais caiu o banimento do ópio, sendo substituído por uma política de taxaço frouxamente aplicado (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 2200).

Nos anos seguintes não apenas o consumo interno dispara, como também a produção interna, reforçando não só o poder imperial inglês, mas também o poder dos senhores provincianos. "By the turn of the century, China's existence as a cohesive entity seemed threatened, yet opium permeated all aspects of society and economy."⁸² (McALLISTER, 2002, p. 13) Não só os custos sociais do vício eram cada vez mais altos, também oficiais de todos os níveis dependiam crescentemente das receitas provenientes dos impostos do ópio.

Davenport-Hynes (2012) pontua que denominar as duas guerras da Inglaterra contra a China de guerras do ópio é um equívoco. O problema central era o acesso do mercado chinês, portanto estava menos em jogo o uso de ópio do que os benefícios para o capital inglês.

Depois das Guerras do Ópio era cada vez mais claro que a Inglaterra já tinha o governo central nas suas mãos, insuflar o poder provincial em detrimento do

⁸² "Na virada do século, a existência da China como uma entidade coesa parecia ameaçada, apesar o ópio permeava todos os aspectos da sociedade e da economia." (McALLISTER, 2002, p. 13, *tradução nossa*)

central poderia ameaçar o futuro do comércio – desde 1898 esta era a mesma visão dos Estados Unidos. A partir desse momento era menos importante manter o comércio do ópio do que manter o benefício comercial com a China em relação a todas as outras mercadorias. Por outro lado, a Índia, colônia inglesa, ainda conseguiria manter o comércio do ópio exportando para outras regiões da Ásia (McALLISTER, 2002, p. 22-26).

Por isso não é de se estranhar que a Inglaterra, mesmo antes das mobilizações internacionais estadunidenses tivesse assumido um acordo com a China de reduzir as importações de ópio e que esse acordo fosse respeitado somente na medida em que a China controlasse a produção interna. Este acordo – *Ten Year Agreement* [Acordo de Dez Anos] – conseguiu ser rigidamente mantido até 1912 quando a dinastia Manchu é substituída por uma República ainda fraca e incapaz de combater os chefes provincianos na questão do ópio. Por último, o advento da primeira guerra mundial fez com que as potências imperiais voltassem os olhos para dentro.

Claro que fatores internos também cumprem um papel importante no Acordo de Dez Anos. Junto com os interesses políticos internacionais os movimentos religiosos protestantes britânicos – Quaker – emergiram como empreendedores morais em uma campanha anti-ópio formando em 1874 a *Anglo-Oriental Society for the Suppression of the Opium Trade* [Sociedade Anglo-Oriental pela Supressão do Comércio de Ópio]. A Sociedade será peça chave na mobilização de sentimentos adversos ao comércio de ópio, inclusive fazendo lobby no governo, até que em 1906 um governo liberal contrário ao comércio do ópio vence as eleições parlamentares (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 38).

O Acordo dos Dez Anos (1907) foi um dos momentos mais marcantes da política comercial internacional de drogas porque é focado no uso de ópio para fins recreativos e não para outros usos, como o medicinal. Também foi importante porque foi um dos raríssimos casos em que um acordo de drogas conseguiu ser implementado com relativa eficácia.

A Convenção de Shanghai de 1909 sobre o Ópio será inspirada por motivos semelhantes, porém dirigidas pelos Estados Unidos. Os Estados Unidos também queriam melhorar as relações com a China, também eram em prol de um governo central na China e tinha apoio doméstico dos grupos pró-temperança.

Porém há algumas notáveis diferenças, os Estados Unidos reuniram outros interesses nos acordos: a discriminação racial interna contra os consumidores de ópio e; não eram beneficiados com este comércio internacional, aliás, competiam imperialmente com as nações que eram majoritariamente beneficiadas com esse comércio. Portanto, a entrada dos Estados Unidos na política internacional de drogas exacerba posições frontalmente contrárias ao comércio de drogas – de forma geral, seja para uso medicinal ou recreativo. É uma visão pró-supressão da substância, visto que eles têm pouco a ganhar com ela, esta visão de segurança internacional é o que os estadunidenses reiteradamente chamam de *supply-oriented* [orientada para a oferta] e na medida em que os Estados Unidos foram se afirmando com a maior potência mundial foi *leitmotiv* das Convenções de Drogas (pelo menos das Convenções de 1912 até a de 1953).

Mesmo assim houve um salto entre a Convenção de 1912 e de 1925 que não teria sido possível ocorrer não fosse a primeira guerra mundial.

Na Convenção de Haia de 1912 cada país tinha um interesse comercial e político para com as drogas em debate. A Inglaterra, por exemplo, era contrária a um controle global das drogas porque prejudicaria diretamente os interesses da Índia, uma colônia inglesa; Portugal não estaria disposto a controlar o comércio de ópio em Macau enquanto outros não o fizessem; a Rússia não restringiria a cultivação do ópio porque o uso primordial era para óleo e sementes; a França não estava disposta a fazer mudanças na sua legislação interna; a Alemanha era contrária ao controle de drogas manufaturadas como a morfina, heroína e cocaína, porque era a principal exportadora dessas drogas etc. e; a Turquia não estava disposta a negociar a produção interna de ópio (McCALLISTER, 2002, p. 32) Em síntese,

Governments demonstrated their inclination to protect interest at the expense of pursuing moral objectives. Even in the United States, which acted as a leader of the drug control crusade, governmental officials allowed Brent and Wright free rein only because their program dovetailed with other policy goals.⁸³ (McCALLISTER, 2002, p. 32)

⁸³ Os governos demonstraram a sua inclinação em proteger seus interesses em detrimento da perseguição de objetivos morais. Mesmo nos Estados Unidos, que agiu como um líder da cruzada de controle de drogas, as autoridades governamentais deram rédea solta a Brent e Wright só porque seus programas estavam articulados com outros objetivos políticos. (McCALLISTER, 2002, p. 32, tradução nossa)

Porém, depois da primeira grande guerra mundial a situação muda drasticamente. Em primeiro lugar mudando a posição da Inglaterra em relação ao consumo interno, a restrição do consumo de *álcool* durante certos horários fez com que usuários passassem a consumir drogas alternativas como *cocaína* e *ópio*, aumentando preocupações internas quanto ao uso destas drogas. Porém, mais importante foi que a Alemanha, principal exportadora de *mofina*, *heroína* e *cocaína*, e a Turquia, os dois países com maiores objeções, foram derrotados na grande guerra e, como consequência, dentre as cláusulas de paz, foram obrigados a aderir à Convenção de Haia (McCALLISTER, 2002, p. 36).

Igualmente a Primeira Guerra cortou a oferta legal de drogas alemãs para o tratamento médico durante a guerra, logo a indústria farmacêutica dos principais países aliados, Inglaterra, Estados Unidos e França desenvolveram indústrias farmacêuticas capazes de produzir novas drogas e manter um alto nível de pesquisa (McCALLISTER, 2002, p. 37), por exemplo substituir a cocaína (da folha de coca) por novocaína (sintética), mas que consegue realizar a mesma função com igual ou melhor qualidade.

Em segundo lugar, entre a Convenção de 1912 e o pós-guerra surgiu a Liga das Nações como órgão internacional encarregado de sancionar a Convenção. O comércio ilegítimo de drogas deixa um tema comercial e político para se tornar tema de repressão policial.

Por isso, a partir de 1920 no âmbito da política internacional de drogas os interesses comerciais explícitos são cada vez mais deixados de lado, ganha força o mercado subterrâneo, parte não oficial dos Estados, e preponderam motivações internacionais policiais.

Este período entre os anos vinte e meados da década de sessenta em termos de segurança internacional é Convencional. As Convenções vão se tornando cada vez mais rígidas/repressivas e impostas por órgãos mais centralizados até banimento completo da legalidade do *ópio*, *maconha* e *coca*. Mas entre a mera negociação multilateral e o panorama de guerra há uma distância, “[...] a repressão internacional rompe os limites das conferências e foros multilaterais para se consubstanciar em guerra às drogas somente a partir dos anos 1970.” (RODRIGUES, 2005, p. 297). Pelo qual só é possível compreender o cenário internacional na conjunção da guerra às drogas com o arcabouço legislativo internacional. Neste período começa a era moderna da repressão internacional das

drogas com preponderância em dois campos: repressão policial e usos militares/inteligência. Este processo é tanto mais marcado quanto maior o peso dos Estados Unidos no mundo.

O proibicionismo internacional moderno (a guerra às drogas) tem dois lados. Um primeiro é como estratégia de repressão policial internacional. A política de criminalização da droga é fonte de regularização formal e informal de relações internacionais criminais. Formal porque envolve a uniformização da legislação, dos processo de extradição, da Interpol etc. e informal nos programas de treinamento policial, grupos de trabalho bilateral, investigações conjuntas, contatos de segurança no exterior etc. Os Estados Unidos jogam o papel mundial preponderante neste aspecto (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 9).

De outro lado, a guerra às drogas é uma estratégia das agências de segurança militar para aproveitar dos benefícios e prejuízos do proibicionismo, em seu favor e contra seus inimigos. Este outro lado envolve não somente a ação militar e paramilitar dos aliados dos Estados Unidos ou as ações das agências de inteligência militar, mas também a movimentação do complexo militar industrial (SCOTT, 2010, p. 6).

Esses dois campos da segurança internacional proibicionista têm por frente os Estados Unidos e concernem respectivamente a duas noções e duas agências. A DEA (*Drug Enforcement Agency* [Agência de Repressão às Drogas]), com seus escritórios por todo o mundo, exprime os interesses dos Estados Unidos no campo da repressão penal internacional das drogas. A DEA no exterior não tem necessariamente a pretensão de acabar com as drogas no mundo, seu objetivo é mais prático, é motivar com que os países promovam a repressão policial às drogas.

Do outro lado da guerra está a CIA (*Central Intelligence Agency* [Agência Central de Inteligência]) que por todo o mundo utiliza da inteligência militar para os fins do imperialismo militar estadunidense. A CIA não tem por objetivo a supressão da droga, pelo contrário, para os fins militares, aproveita-se da questão da droga para promover o imperialismo americano. Por enquanto, apontamos dois casos marcantes, se para ganhar a guerra do Vietnã for necessário apoiar as tribos produtoras de ópio, esse fim militar é legítimo, por outro lado, se um inimigo militar dos Estados Unidos como é a guerrilha colombiana (FARC-EP) utiliza da droga para seu financiamento então é necessário eliminar a oferta da droga – pelo menos o da guerrilha, mas não necessariamente dos traficantes paramilitares que combatem a

guerrilha. De um lado se incentivam os agentes da produção de drogas, do outro se reprime.

Aparentemente essas duas agências estão em contradição. De fato, entre os agentes podem aparecer tensionamentos. Como as memórias do agente da DEA, Michel Levine (1990) parecem demonstrar, porém, no alto nível político interno ambas se entendem, isto porque almejam o mesmo objetivo de formas tortuosas: o domínio estadunidense. E esses dois lados da segurança internacional são mais semelhantes a uma faca de dois gumes, um dos quais de lâmina lisa e outro que corta como serra.

No caso da lâmina lisa é importante notar a particularidade da repressão penal de drogas em relação a outros crimes.

Estupro e incesto são criminalizados no mundo inteiro, no entanto não são alvos de um regime internacional de proibição, o mesmo é válido para assassinato e roubo, exceto quando cometido em certas circunstâncias necessariamente transnacionais. Somente desenvolveram esse estatuto internacional aqueles crimes com uma forte característica transnacional, aqueles que exigem um elemento internacional de padronização da cooperação entre governos que de conta de eliminar refúgios para esses criminosos (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 19).

As *drogas* – exceto álcool e tabaco – alcançaram este patamar graças à liderança dos Estados Unidos desde 1909 por Convenções que eram destinadas primeiro em restringir o acesso e depois em criminalizar a maioria dos aspectos do tráfico de drogas tanto internacional quanto nas legislações domésticas dos países membros. Porém, o seu sucesso somente veio do fato que não houve forte e ampla oposição externa, bem como a existência de perspectivas morais semelhantes (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 43).

[...] the major pharmaceutical companies in Europe and the United States were not so threatened by any one component of the regime as to mount a vigorous opposition; rather, they focused their efforts on ensuring that new regulatory schemes reflected their broader interests. In those Asian, African, and Caribbean countries where opium or cannabis use was prevalent, members of the elite tended not to partake; indeed their moral views regarding drug use more often resembled

those of Western elites.⁸⁴ (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 44)

Mesmo no caso de países em que o consumo dessas drogas era um fato consolidado. Estes não manifestaram uma oposição importante à suas adesões, talvez porque o uso de drogas era limitado a minorias de setores pobres da sociedade e pelo que esta resistência representaria dada a pressão dos Estados Unidos e das Nações Unidas no assunto.

De tal forma que gradativamente as Convenções de Drogas (especialmente a de 1988) ampliam o papel dos Estados Unidos como aplicador internacional de sanções penais, além de ampliar e uniformizar a repressão estadunidense fora do território norte-americano (SINHA, 2011, p. 38).⁸⁵

Órgãos policiais foram desenvolvidos para cumprir as convenções no âmbito internacional. A Interpol consolidada nos 1950, inicialmente focada na falsificação de moeda e atividade antiterrorismo (comunista ou anarquista), facilita os processos de troca de informações internacionais e colaboração burocrática policial sem necessidade de passar por formalidades diplomáticas principalmente nos campos de falsificação de passaportes, tráfico de mulheres e tráfico de drogas (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 91). A Interpol, porém, somente ganhará fôlego definitivo nos anos oitenta quando expande suas oficinas pelo mundo todo e aumenta o número de agentes envolvidos, as duas coisas como resultado da liderança dos Estados Unidos na Interpol desde os anos setenta.

A resposta à internacionalização da repressão criminal foi menos uma reposta à proliferação das atividades criminais internacionais do que à expansão da repressão criminal estadunidense.

No other [country] has devoted comparable diplomatic and financial resources to pursuing its international law enforcement

⁸⁴ [...] as grandes empresas farmacêuticas na Europa e nos Estados Unidos não eram tão ameaçadas por qualquer um dos componentes do regime para montar uma oposição vigorosa; pelo contrário, eles concentraram seus esforços para garantir que os novos esquemas regulatórios refletissem seus interesses mais amplos. Nos países asiáticos, africanos e do Caribe, onde o ópio ou cannabis eram predominantes, os membros da elite tendem a não participar, na verdade seus pontos de vista morais a respeito do uso de drogas frequentemente assemelhavam-se aos das elites ocidentais. (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 44, *tradução nossa*)

⁸⁵ Trafficking Convention firmly established a system of international criminal drug control law that uses criminalization and penalization to combat global drug trafficking [A Convenção do Tráfico estabeleceu firmemente um sistema legal internacional de controle criminal de drogas que usa a criminalização e penalização para combater o tráfico global de drogas]. (SINHA, 2011, p. 38, *tradução nossa*).

agenda. And no other has proved so willing to intrude on the prerogatives of foreign sovereigns, challenge foreign political sensibilities, and circumvent and override foreign legal norms. (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 105).⁸⁶

O crescimento dos Estados Unidos no âmbito criminal foi decorrência da sua incontestável liderança mundial, pelo menos do lado capitalista, depois da segunda guerra mundial. Um período que coincide com o aumento das transações transnacionais como consequência do desenvolvimento tecnológico – viagens por avião, telecomunicações etc. – fez com que os agentes policiais americanos estivessem cada vez mais acostumados a lidar com estas questões fora dos EUA (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 124-125).

A FBN, aliás, já apostava nestas medidas de controle internacional logo depois da Segunda Guerra Mundial, com agências em Paris, Istambul, Bancoc, Cidade do México e Monterrey (México). Os agentes lidavam com policiais de alto nível, formavam informantes, pressionavam a polícia local e outros oficiais para incentivar a repressão ao tráfico, conduziam operações tanto unilateral quanto em conjunto com a polícia local e investigavam indícios de processos nos Estados Unidos entre outras tarefas (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 128).

A internacionalização da guerra às drogas trouxe três tipos de mudanças no ambiente de justiça criminal de países estrangeiros. Uma é institucional. Até 1960 poucos agentes policiais estrangeiros possuíam corpos especiais para a repressão ao tráfico de drogas e quase nenhum promotor. Já no final dos anos oitenta, a maior parte possuía tais unidades e vários trabalhavam em conjunto com promotores especializados. Uma segunda mudança foi operacional. Os agentes policiais de droga dos Estados Unidos chegaram a outros países, trouxeram com eles uma variedade de técnicas investigativas, como operações secretas, investigação eletrônica, delação premiada etc. A terceira mudança foi legal, nos anos oitenta muitos dos métodos da DEA não foram mais questionados como ilegais e, conseqüentemente, foram legalizados por legislações e cortes nacionais (ANDEAS; NADELMANN, 2008, p. 130-131).

⁸⁶ Nenhum outro [país] tem dedicado comparáveis recursos diplomáticos e financeiros à prossecução da sua agenda internacional de repressão da lei. E nenhum outro tem se mostrado tão dispostos a invadir as prerrogativas de soberanos estrangeiros, desafiar sensibilidades políticas estrangeiras, contornar e substituir normas jurídicas estrangeiras. (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 105, *tradução nossa*).

O fim da guerra fria conduziu a uma ampliação dessas táticas levando os Estados Unidos a assegurar e intensificar a repressão policial internacional mediante variados mecanismos como assistência técnica, favores diplomáticos, ameaça de sanções e divisão de valores capturados com os governos que assistem na repressão. Portanto, para acabar com a fragmentação e conduzir à unidade e coordenação sob égide americana inúmeros recursos foram utilizados, entre eles um dos mais controversos foi a adoção do INCSR como veremos mais adiante.

No último ano de existência do FBN, em 1967, o seu orçamento anual foi de aproximadamente 3 milhões com uma dúzia de agentes em oito países fora os Estados Unidos (ANDREAS; NADELMANN, 2008, p. 129). Richard Nixon promoveu uma enorme ampliação da legislação *proibicionista*, formando a estrutura sobre a qual se baseia o *proibicionismo* norte-americano e do mundo inteiro. Já em 1970 Nixon conseguiu aprovar a atual *lei de controle de substâncias* estadunidense que criminaliza federalmente o uso e o tráfico de *drogas*. Também em 1973 criou a *Drug Enforcement Agency* (DEA) ligada ao Departamento de Justiça. A DEA é crucial na criminalização das drogas e sua política se estende para além do território norte-americano. São 85 agências em 65 países e mais de 700 servidores fora dos Estados Unidos (DEA, 2013b, p. 11). Tal é a importância desta agência que o seu orçamento passou de 75 milhões de dólares em 1973 (DEA, 2013a, p. 4) para 2 bilhões em 2012 (DEA, 2013b, p. 1).

As Convenções de Drogas, as agências policiais internacionais e as agências estadunidenses no estrangeiro visam ampliar a repressão policial conforme ditames de Washington.

Sob esta perspectiva o que os EUA estão fazendo é em realidade ampliar a segurança interna para o campo internacional, é tão somente um desdobramento da política interna em esfera internacional. Se os Estados Unidos se dão o luxo de fazer isto é porque a sua predominância econômica e política global exige que tenha um papel proeminente também na política criminalizatória de todos os países com que têm relações. Afinal os Estados Unidos sozinhos têm um PIB de 17 trilhões de dólares – aproximadamente 25% do PIB mundial –, a moeda mais forte do mundo e uma base produtiva dispersa por todo o mundo.

Como observamos no capítulo anterior (segurança pública) a criminalização das classes subalternas tem direta relação com as necessidades do capital em relação à força de trabalho. Na medida em que o capital estadunidense está

disperso pelo mundo torna-se uma necessidade ter ferramentas que permitam a sua reprodução mesmo fora dos Estados Unidos. A política de drogas, especialmente via DEA, é a forma como conseguem garantir esta reprodução. O objetivo dessas Convenções e da DEA é articular a criminalização mais ou menos uniformemente, de forma a atender as necessidades do capital mundial – i.e. majoritariamente estadunidense.

Como desdobramento da segurança doméstica, discursos que aparecem na esfera interna se reproduzem na cruzada internacional. Da mesma forma como o dependente é vítima do traficante, os Estados Unidos e a Europa, como países majoritariamente consumidores, são vítimas dos países produtores, todos do terceiro mundo.

Novos “responsáveis” pela disseminação das drogas ilegais são apontados. Eles estão na América Latina – colombianos, peruanos, bolivianos, mexicanos –, na África – nigerianos, marroquinos, senegaleses – e na Ásia – birmaneses, afegãos, tailandeses. A lógica em operação é a identificação da ameaça no além-fronteiras [...] divide o mundo em *países consumidores*, as “vítimas”, e *países produtores*, os “agressores”. (RODRIGUES, 2004, p. 140)

De outro lado, a CIA e o complexo militar-industrial estadunidense jogam um papel diferente na segurança internacional, não são apenas um desdobramento, realizam uma outra função. As agências militares estadunidenses têm por escopo aumentar a predominância política-militar dos Estados Unidos, isto implica subordinar os interesses de outras nações aos interesses norte-americanos. Esta dominação varia desde sanções econômicas e políticas até intervenção militar. Uma das formas de sanção econômica estadunidense é o relatório INCSR que está no limiar entre o mero controle repressivo penal à política escancaradamente imperialista.

O relatório anual do Departamento de Estado dos EUA (INCSR) surgido na década de noventa indica quem, na sua visão, são os países produtores e traficantes de drogas. As *drogas* de análise no Relatório são a *coca*, *ópio* e *cannabis* e cada um dos seus respectivos derivados, as *anfetaminas* derivados sintéticos e os produtos químicos necessários para sua produção também estão discriminados no relatório desde 2005. O parecer do INCSR indica se um país nos últimos 12 meses falhou em demonstrar “[...] has failed demonstrably, during the previous 12 months,

to make substantial efforts-- (i) to adhere to its obligations under international counternarcotics agreements; and (ii) to take the counternarcotics measures”⁸⁷ (EUA (State Department), 2013) Esta regulamentação pode ser encontrada na Seção 706 do *International Drug Control Certification Procedures* [Procedimentos Internacionais de Certificação de Controle de Drogas] da *Foreign Relations Authorization Act* [Lei de Autorização de Relações Estrangeiras] (EUA, 2013b).

Caso esse país seja “descertificado” o Departamento de Estado dos EUA pode limitar a assistência a esses países. Esta “limitação de assistência” abrange não só cooperação direta, mas também “multilateral development bank assistance to a country” [desenvolvimento bancário multilateral a um país] (conforme o *Foreign Assistance Act*) o que envolve acesso ao Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), além da importante elegibilidade para compra de armamento militar dos Estados Unidos.

Conforme o relatório de 2013 foram eleitos como grandes produtores e distribuidores de drogas o Afeganistão, as Bahamas, Belize, Bolívia, Birmânia (Mianmar), Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Índia, Jamaica, Laos, México, Nicarágua, Paquistão, Panamá, Peru e Venezuela. Todos esses países não tomaram as medidas necessárias para aderir às obrigações internacionais sobre drogas. (EUA (State Department), 2013, p. 5).

Desses, somente Bolívia, Birmânia (Mianmar) e Venezuela foram *descertificados* – mas ainda sem sanções impostas –, ironicamente, embora Colômbia, Paquistão e México sejam os atuais maiores produtores e traficantes de drogas, com alto nível de corrupção política interna, como aliados cruciais e subservientes às política imperiais dos EUA, dificilmente correm esse mesmo risco.

A Bolívia foi *descertificada* por motivos muito particulares. Eleito em 2006, Evo Morales tomou a decisão de em 2009 expulsar a DEA do seu território. A Bolívia acusou a agência estadunidense de ter contribuído para o golpe de Estado na década de oitenta – o que é parcialmente verdade já que o golpe de Estado em prol de um governo envolvido com o tráfico de cocaína foi apoiado e articulado pela CIA

⁸⁷ “[...] falhou comprovadamente, durante os 12 meses anteriores, em fazer esforços substanciais - (i) para aderir a suas obrigações decorrentes dos acordos internacionais antidrogas, e (ii) a tomar as medidas antidrogas” (EUA (State Department), 2013, *tradução nossa*)

com o intuito de derrubar a esquerda eleita no país – o que inundou o mercado estadunidense de *cocaína* durante os anos oitenta e noventa (LEVINE; KAVANU-LEVINE, 1993).

Dado o histórico do uso tradicional das populações indígenas, em 2010 o país andino pretendeu a emenda da Convenção Única de 1961 para a legalização dos usos tradicionais da *folha da coca* – como mascar *coca*. A pronta negativa levou a Bolívia a ser o primeiro país da história em denunciar e retirar-se efetivamente em 1º de janeiro de 2012 da Convenção Única de 1961 desde sua criação. Após sair, imediatamente a Bolívia pediu sua re-entrada, com a reserva de permitir o consumo, uso, cultivo, troca e posse da *folha de coca* na sua forma natural para fins culturais e tradicionais (EUA (State Department), 2013, p. 8).

Outras razões para a “descertificação” da Bolívia está na promoção que faz da ideia que a folha de coca pode ser usada para a comercialização de produtos (como chá de coca, aguardente de coca, pasta de dente de coca etc.) e da autorização governamental da plantação da folha de coca em mais hectares do que seria permitido (8 mil a mais do que os 12 mil permitidos).

A Bolívia tem aproximadamente 30 mil hectares destinada à produção de coca, número que se manteve estável nos últimos anos, mas os Estados Unidos alegam que o potencial de produção de cocaína pura aumentou nos recentes anos (EUA (State Department), 2013, p. 7).

Finalmente, na opinião do relatório “Bolivia does not have controls in place to strictly enforce licensing and registration for coca growers, possession of harvested crops, controls over licit markets, and ensuring “licit” products are de-alkalinized.”⁸⁸ (EUA (State Department), 2013, p. 8)

A posição da Bolívia em relação às drogas levou a um enfrentamento político que os Estados Unidos estão receosos de aceitar, porém a legitimidade do argumento e a menor tolerância internacional à agressividade americana no tocante às drogas são provavelmente as razões que fazem com que a Bolívia ainda não tenha sido *descertificada* pelos estadunidenses.

⁸⁸ "A Bolívia não tem controles para fazer cumprir rigorosamente o licenciamento e registro para os produtores de coca, a posse de colheitas, controles sobre os mercados lícitos e garantir que produtos "lícitos" sejam de-alkalinizados." (EUA (Departamento de Estado), de 2013, p. 8, *tradução nossa*)

Os EUA possuem diversos programas direcionados ao combate de drogas no exterior. A *Iniciativa Mérida* e o *Plano Colômbia* são os mais conhecidos. Porém há outros programas.

Analistas oficiais norte-americanos acreditam que 95% das drogas cultivadas na América do Sul são traficadas pela América Central, México e Ilhas do Pacífico por veículos marítimos ou voos ilegais (EUA (State Department), 2013, p. 6). Para responder a esse fluxo os Estados Unidos desenvolveram algumas iniciativas no México, Caribe e América Central.

Na América Central a *Iniciativa* iniciada em 2008 é chamada de *CARSI - Central America Regional Security Initiative* [Iniciativa de Segurança Regional da América Central] – e envolve os seguintes países: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá. O investimento de quase meio bilhão de dólares em cinco anos privilegiou maciçamente o *law enforcement* [repressão legal ou aplicação da lei] dando suporte aos Sistema de Justiça Criminal e exército destes países.

Em 2011 dos 75 milhões de dólares desembolsados, 22 milhões foram diretamente para a compra de armamento militar americano e 44 milhões para equipamento policial, investimento em prisões e assistência técnica judicial entre ministério público, juízes e polícia. Foram desembolsados 7 milhões em programas educacionais focados nos jovens em situação de risco (EUA (GAO), 2013d, p. 3-5).

No caso do *Plano Colômbia* um pouco mais de 6 bilhões foram desembolsados (2000-2008), sendo que, destes, quase 5 bilhões foram para estratégias de “*Reduce Illicit Narcotics and Improve Security*” [Reduzir Entorpecentes Ilícitos e Melhorar a Segurança] (EUA (GAO), 2013c, p. 15). Ou seja, majoritariamente para equipamento policial e militar produzido nos Estados Unidos. O *Plano Colômbia* que tinha por objetivo reduzir 50% em cinco anos alega ter atingindo a meta em treze anos, mas a vitória é relativa se paramos para considerar que é possível que a redução ocorreu mais em função da migração da demanda nos Estados Unidos que nos últimos anos variou do *crack* – derivado da *coca* – para as *metanfetaminas*.

Diferente do Peru e da Bolívia, a *coca* plantada na Colômbia não é considerada de alta qualidade, da mesma forma os usos tradicionais são pequenos, em geral restritos a pequenas comunidades indígenas. Quando começa a ocorrer o *boom* da cocaína se assentam os cartéis de Medellín e de Cali cuja prioridade, mais

do que cultivar a coca, era sintetizar a *cocaína* e exportar o produto até os EUA. O grupo guerrilheiro FARC (Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia) surge mais tarde principalmente no campo, em regiões onde a plantação de coca era alternativa financeira para agricultores pobres (LABROUSSE, 2010, p. 112).

Inicialmente as FARC entendiam que o cultivo de coca era uma degeneração capitalista e opunham-se à produção e tráfico, contudo, por ser uma das poucas estratégias de sobrevivência dos camponeses que formavam sua base social, estabeleceu uma política de imposto (7 a 10%) sobre a venda da colheita e pasta-base, este imposto não era aplicado à cultura de alimentos como forma de incentivar as colheitas de subsistência. Com o tempo as FARC começaram a se envolver mais com a cultivação e tráfico de coca, além de incluir a *papoula* entre os cultivos. Porém, as FARC exerceram pressão sobre os camponeses para que apenas $\frac{1}{4}$ da produção fosse de coca e o restante de alimentos, o consumo de *cocaína* era rigorosamente penalizado (LABROUSSE, 2010, p. 115).

Estima-se que no início dos anos 2000 as FARC-EP obtinham aproximadamente 300 milhões de dólares nas diferentes etapas da produção e tráfico de drogas, em torno de 40% de seus ganhos anuais. Na medida em que o negócio cresceu desenvolveram-se grupos criminosos paramilitares que competem na produção de drogas com as FARC. Os paramilitares colombianos, financiados por caudilhos e latifundiários locais, não só envolvem-se com o tráfico de drogas, também com extorsão, assassinatos, sequestros etc. e apoiam o governo colombiano pró-EUA.

Neste contexto os bilhões de dólares do *Plano Colômbia* não são apenas um investimento militar estadunidense contra as drogas. Na realidade o *Plano Colômbia* corresponde à defesa de interesses geopolíticos e econômicos, já que é de vital interesse para os EUA assegurar um controle sobre um país da América Latina com saída simultaneamente para o Pacífico e Caribe e que conta com companhias petroleiras estadunidenses. Por outro lado, as FARC-EP têm uma posição de oposição ao imperialismo norte-americano colocando em risco sua posição de dominação na região.

Chama atenção a vista grossa que a CIA/Estados Unidos fazem das notáveis e íntimas relações de Álvaro Uribe (presidente da Colômbia entre 2002 a 2010) e altas burocracias estatais (militares e civis) com os paramilitares (no campo),

bem como com outras organizações ligadas ao tráfico nas grandes cidades (v.g. o Cartel de Medellín) (LABROUSSE, 2010, p. 132-133).

Embora o Plano Colômbia tenha fracassado em termos de erradicação de narcóticos, triunfou quanto à modernização das Forças Armadas colombianas, que careciam de armamento, particularmente helicópteros, e também de unidades de combate treinadas. Entretanto, também teve sucesso em relação à consolidação das influências política, social e territorial do paramilitarismo em áreas anteriormente dominadas pelas guerrilhas. Ao assinalar como objetivos quase exclusivos as zonas das Farc, o Plano Colômbia colaborou para que os paramilitares integrassem verticalmente seu empreendimento criminoso e o convertessem em um instrumento político. (HYLTON, 2010, p. 157)

Logo, o investimento no *Plano Colômbia* pretende menos combater o tráfico de drogas do que privilegiar seus aliados locais conforme interesses da política econômica norte-americana na manutenção do poder geopolítico estadunidense, especialmente no combate às FARC-EP, igualmente têm a vantagem de mover o complexo industrial-militar estadunidense (i.e. a venda de material bélico).

Por último, no caso da *Iniciativa Mérida* (2008-2010) foram desembolsados cerca de 1 bilhão e meio de dólares no México. Embora se fale em algumas atividades educacionais, o auxílio é quase absoluto na área dos equipamentos militares. Somente para 2011 estimava-se desembolsar quase 400 milhões para a entrega de helicópteros, aviões, caminhões etc.:

[...] a significant amount of equipment and training intended to be provided under the Initiative is still pending delivery. For Mexico, this includes between 9 and 11 Black Hawk helicopters, 4 CASA aircraft, an additional 3 Bell helicopters, over 200 polygraph units, mobile gamma radiation inspection trucks, as well as railroad units to detect weapons and other contraband, and multiple professionalization programs and projects in various training and technical assistance.⁸⁹ (EUA (GAO), 2013a, p. 24)

⁸⁹ [...] uma quantidade significativa de equipamentos e treinamento que a Iniciativa pretende prestar ainda está pendente de entrega. Para o México, o que inclui entre 9 e 11 helicópteros Black Hawk, 4 aeronaves CASA, um adicional de 3 helicópteros Bell, mais de 200 unidades de polígrafo, caminhões gama de fiscalização móvel de radiação, bem como unidades de trem para detectar armas e outros contrabandos, vários programas de profissionalização e projetos em diversos treinamentos e assistência técnica. (EUA (GAO), 2013, p. 24, *tradução nossa*)

O México é a principal rota de acesso das drogas aos Estados Unidos. Embora a fronteira terrestre com os EUA seja grande, majoritariamente as drogas chegam por via marítima e aérea. O tráfico envolve todo tipo de drogas, principalmente *cocaína*, *heroína*, *metanfetaminas* e *maconha*.

95,5% da cocaína traficada para os Estados Unidos têm por origem a Colômbia tanto em termos de plantação – é o maior produtor do mundo 83 mil hectares – e de transformação em *cocaína* – 920 toneladas de *cocaína* para exportação (EUA (State Department), 2013, p. 32-33).

O México desde os anos trinta do século XX é uma rota de drogas – aérea, marítima e terrestre – para os EUA, além de ser produtor de *cannabis*, *papoula* e, atualmente, *metanfetaminas*, porém o trânsito de *cocaína* só surge nos anos noventa com o enfraquecimento dos cartéis colombianos (LABROUSSE, 2010, p. 69).

O México tem um modelo distinto da Colômbia de corrupção. Enquanto na Colômbia os traficantes começam pela corrupção local alcançando níveis mais altos da administração política, no México é o poder centralizado que concede espaços de imunidade para os cartéis.

Em seu país, os narcotraficantes foram historicamente subordinados a homens políticos que pertenciam ao Partido Revolucionário Institucional (PRI), no poder por setenta anos, e mesmo ao partido dominante, que os controla por meio das instituições policiais e militares. (LABROUSSE, 2010, p. 69)

É notável como a passagem do México para o neoliberalismo foi um propulsor da economia ilícita da droga, na medida em que as privatizações de terras e de empresas nacionais conduziram a uma relação cada vez maior da elite estatal com o dinheiro do narcotráfico. O México é o país com maior produção do mundo da erva de *cannabis* (12,000 hectares) – a *droga ilícita* mais consumida do mundo – e estima-se ser o maior produtor de *metanfetaminas* do mundo e também importante produtor de *ecstasy* (MDMA), em conjunto, um mercado atualmente maior que o da *cocaína* (UNODC, 2013, p. 24, 49, 51, ANNEX I, v).

Como militares e políticos mexicanos estão profundamente envolvidos no negócio da droga, o armamento e inteligência dada pelos EUA ao México via *Iniciativa Mérida* arma justamente aqueles envolvidos com o tráfico, o que não só

tende a concentrar mais o negócio na burocracia política, muito mais armada do que a concorrência, mas também manter essa elite pró-EUA no poder.

O Peru é atualmente o segundo maior produtor de coca do mundo. A maior parte dessa produção é destinada para a Europa. Estima-se que em 2010 somava aproximadamente 60 mil hectares de plantações de coca no Peru, o que não é tanto considerando que o Peru já foi o maior produtor de coca do mundo, recorde marcado em 1992 com quase 130 mil hectares (PERU, 2013, p. 10). O programa peruano de desenvolvimento de plantações alternativas teve um resultado positivo, fundado principalmente na formação de cooperativas de camponeses, oferecimento de infraestrutura e assistência técnica.

Los cultivos que se han venido apoyando, principalmente los de cacao, café, palma aceitera y palmito han determinado ingresos crecientes para los agricultores, los mismos que también han sido beneficiados por la evolución favorable de los precios internacionales.⁹⁰ (PERU, 2013, p. 16)

O presidente de centro-esquerda Ollanta Humala lançou em 2012 um amplo programa de erradicação e interdição de plantações de coca, além de programas para desenvolvimento alternativo e repressão penal “*Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas (2012-2016)*”. Porém, o enfoque é repressivo, dos 220 milhões investidos pelo governo em 2012 apenas 35 milhões foram destinados a tratamento e desenvolvimento de colheitas alternativas, muito embora o governo esteja ciente – como citado no próprio documento – que a melhor alternativa para erradicar a plantação de coca é oferecer cultivos alternativos. Já no primeiro ano da implementação deste programa, camponeses vítimas de erradicação insurgiram-se contra o governo pela truculência e falta de alternativas econômicas (EUA (State Department), 2013, p. 267).

A ação dos camponeses é uma resposta à violenta ação do Estado de erradicação – foram 14 mil hectares militarmente destruídos somente em 2012 (EUA (State Department), 2013, p. 268) –, já que a erradicação não apenas faz perder o rendimento da colheita, mas também o investimento realizado. Por este motivo

⁹⁰ Os cultivos que se tem apoiado, principalmente os de cacau, café, palma e palmito determinaram ingresos crescentes para os agricultores, que também foram beneficiados pela evolução favorável dos preços internacionais. (PERU, 2013, p. 16, *tradução nossa*)

ações de erradicação costumam ser acompanhadas de um aumento na corrupção e uma também significativa valorização da coca, levando ao incremento do lucro dos produtores não atingidos e, conseqüentemente, novos investimentos ilícitos na plantação de coca (CHOUVY, 2011). Quando esta política é efetiva, ao invés de acabar com a produção, costuma produzir ondas migratórias para países vizinhos em que a produção seja viável, mantendo a produção global de drogas em níveis estáveis, como é atualmente o caso do Afeganistão e Paquistão (FELBAB-BROWN, 2011).

O Afeganistão, aliás, é uma área extremamente sensível da política transnacional proibicionista. Desde a invasão americana de 2001 o Afeganistão é sinônimo de “*Narcoestado*”. Produtor de ópio que é exportado para o mundo todo, o Afeganistão teve a maior colheita da história no auge da intervenção americana (2007 e 2008) com 325,000 acres e um potencial produtivo de 6,400 toneladas de ópio (FELBAB-BROWN, 2011, pos. 336).

As primeiras notícias de produção de ópio no Afeganistão são da década de cinquenta quando o Xá Iraniano vetou o cultivo de ópio, como consequência a produção migrou do Irã para o Afeganistão na medida em que empreendedores afegãos aproveitaram das rotas de contrabando já existentes, mas a produção permaneceu pequena enquanto a maior demanda dos Estados Unidos e Europa era suprida pelo Sudeste Asiático. Foi somente com a queda dos governos do Vietnã e Laos no final dos anos setenta que tornou grande o negócio para o Crescente Dourado (principalmente Afeganistão e Paquistão) (FELBAB-BROWN, 2011, pos. 361-365).

Os talibãs foram grupos formados pelo serviço secreto paquistanês (provavelmente com o aval da CIA) com financiamento saudita para restabelecer a ordem no país, tiveram particular importância no combate aos soviéticos nos anos oitenta e suas fileiras são formadas por estudantes de escolas corânicas extremamente radicais no seguimento ao Alcorão. A produção de ópio no Afeganistão data antes da chegada dos talibãs ao poder em 1994, que desde o início propunham-se a acabar com o uso de drogas por ser *ímpio*. Uma das primeiras medidas foi fechar pontos de venda de *haxixe* – cujo uso era comum no Afeganistão –, prender e castigar consumidores e os estoques de *ópio* foram queimados (LABROUSSE, 2010, p. 111-112).

Os talibãs deram apoio às populações submetidas ao roubo de colheitas, o que lhes deu impulso inicial na cruzada contra o *ópio*, porém não tardaram em reconhecer que muitos camponeses não tinham opção – pelo país devastado pela guerra e sem infraestrutura – senão cultivar papoula. Via plantação de papoula era mais fácil o acesso a microcrédito para reposição a colheita e bens essenciais como comida, roupa e sementes (FELBAB-BROWN, 2011, pos. 383).

Por isso os estudantes talibãs ao invés de proibir começaram a aplicar um sistema de taxação sobre as colheitas, da qual um terço era redistribuída aos mais pobres do vilarejo e os outros dois terços eram apropriadas para o governo. Em seguida também foram taxados a produção de heroína nos laboratórios e também o transporte para os países distribuidores – o Irã e Paquistão (LABROUSSE, 2010, p. 115).

Os talibãs não permitiam a venda de ópio ou heroína no próprio Afeganistão, um dos compromissos era, no longo prazo, limpar o Afeganistão da droga com uma transição viável para os camponeses. Logo, conseguiram reduzir a plantação de em torno de 203 a 71 mil hectares para em torno de 27 e 20 mil hectares em 2001 uma queda de 75% no suprimento mundial de heroína (FELBAB-BROWN, 2011, pos. 397; LABROUSSE, 2010, 115). A imposição porém não foi fácil de ser levada a cabo, muitos agricultores pobres incapazes de pagar suas dívidas imigraram ao Paquistão e outros tantos em penúria simplesmente ignoraram a proibição.

No início da intervenção americana a principal preocupação era diminuir as capacidades da Al-Qaeda, pelo qual não pretenderam combater a economia ilícita, até 2003 a política foi de *laissez-faire*. De um lado, para ganhar a guerra e fazer o trânsito de regime, os EUA não queriam colocar os camponeses contrários à invasão, de outro apoiava-se em caudilhos locais que estavam profundamente envolvidos na economia da droga desde os anos oitenta. Estes caudilhos não só forneciam informações sobre os talibãs, mas também realizam operações diretas contra eles (FELBA-BROWN, 2011, pos. 409).

Por isso desde 2004 a estratégia de interdição foi sobreposta para o objetivo de atacar grandes traficantes e laboratórios, sem embargo, o esforço foi manipulado por forças afegãs para dar prioridade à eliminação da concorrência e de rivais étnicos. Pequenos produtores incapazes de subornar ou intimidar a interdição foram os mais afetados, como resultado o que ocorreu foi uma *integração vertical da indústria da droga no Afeganistão* (FELBAB-BROWN, 2011, pos. 415-422). Se os

EUA previamente planejaram esse resultado pouco importa, o que é importante é que a indústria da droga no Afeganistão continua vigorosa, mas centralizada nas mãos dos caudilhos apoiadores do governo atual, pró-EUA.

Por estes motivos a plantação de papoula é um dos fatores mais importantes para a estabilidade da região. As políticas de erradicação de algumas províncias têm resultado em uma resposta de adesão dos camponeses prejudicados ao talibã, que por sua vez tentavam sua reorganização com dinheiro obtido nos laboratórios de heroína e exportação para o Paquistão (LABROUSSE, 2010, p. 115). Entre 2004 e 2009 em províncias deste tipo – como Nargahar no Leste do Afeganistão, reduto dos talibãs próximo do Paquistão com grande plantação de papoula para subsistência – adotaram-se medidas de erradicação por fumigação aérea e erradicação forçada. Alguns investimentos para incentivo de cultivos alternativos tiveram efeito para uma pequena parcela dos camponeses.

Entre outras, uma das políticas é o *Good Performer Initiative* [Iniciativa do bom realizador] que remunera as regiões que cumprirem as metas de redução de plantações de drogas. Em 2011, o governo estadunidense premiou 22 das 34 regiões afegãs com quase 20 milhões de dólares pelos projetos que resultaram em redução da papoula.

Afghanistan's gains remain fragile. Reducing illegal cultivation and trafficking are closely linked to broader economic opportunity, security and the ability of the government of Afghanistan to project the rule of law.⁹¹ (EUA (GAO), 2013b, p. 6)

Porém, programas de drogas sofrem de corrupção maciça, no qual elites locais são capazes de subornar, evitar ter seus campos destruídos ou direcionar a erradicação contra seus opositores. Os Estados Unidos são política e economicamente beneficiados com essas relações espúrias porque esses poderes locais agem em favor da sua dominação dos EUA na região, ao mesmo tempo

⁹¹ Os ganhos do Afeganistão continuam frágeis. Reduzir o cultivo ilegal e o tráfico estão intimamente ligados à ampla oportunidade econômica, à segurança e à capacidade do governo do Afeganistão projetar a Estado de Direito. O apoio internacional para a Estratégia de Controle de Drogas Nacional Afegão, inclusive dos Estados Unidos, foi concebido para fortalecer compromissos de controle de drogas do país e está diretamente ligada ao sucesso dos amplos objetivos nacionais do país para melhorar a paz, segurança e desenvolvimento econômico. (EUA (Departamento de Estado), 2013, p. 6, *tradução nossa*)

também é prejudicial na medida em que agricultores pobres excluídos desses esquemas tendem a recorrer aos talibãs em procura de proteção (FELBAB-BROWN, 2011, pos. 454-464).

Outra região produtora de ópio é o Triângulo Dourado, nome que se refere a um extenso território do sudeste asiático de mais de 200 mil quilômetros quadrados cobertos por selva, no nordeste de Mianmar (Birmânia), norte da Tailândia e Laos. Até o começo do século XX a produção de ópio era pequena, situação que mudou quando a vitória dos comunistas sobre Chiang Kai-Chek. Apoiados pela CIA, instalados em toda a região do Triângulo Dourado, obrigaram os camponeses a pagar imposto sob a forma de ópio bruto para financiar a retomada da China. Com o passar do tempo, graças ao auxílio de Hong Kong, esses membros do Kuomintang desenvolveram laboratórios de morfina e heroína (LABROUSSE, 2010, p. 34). Entre 1960 e 1990 disparou a produção desses derivados de ópio, sendo nesse período a principal produtora do mundo (60-95%) dessas drogas, até que a produção retrocedeu de 390,000 acres em 1998 para 60,000 acres de ópio em 2006, a produção, porém recuperou um pouco de fôlego e em 2010 foi estimada em 102,000 acres (CHOUVY, 2011, pos. 11).

Desde os anos sessenta Mianmar, principal produtor, dentro de uma região que se divide entre o Estado Shan, Estado Wan e Estado Kachin formou grupos armados que aproveitam do lucro do tráfico do ópio para sustentar as suas milícias. Os exércitos de Mianmar também disputam o mercado dos *opiáceos* envolvendo-se em constantes guerras com esses exércitos ou juntando-se a eles. Desde os anos dois mil a região aproveitou da nova onda do mercado de ATS – *metanfetaminas* e *ectasy* – para ampliar a produção (LABROUSSE, 2010, p. 35-40).

A diminuição das colheitas devem-se menos a políticas de erradicação, que fracassaram ao longo de trinta anos, e mais a um longo período de condições climáticas adversas e ao banimento do cultivo de ópio pelos principais grupos armados entre 1994, 2003 e 2006, o que não raro levou grandes grupos de agricultores à miséria sem qualquer compensação material ou inserção de cultivos alternativos (CHOUVY, 2011, pos. 30-34).

O fato mais marcante do Triângulo Dourado é que os Estados Unidos, por meio de suas agências de serviço secreto (CIA) ampliaram propositadamente a produção de ópio da região, para combater o partido comunista chinês e, depois, os vietcongs no Vietnã (DAVENPORT-HINES, 2012, pos. 8043).

A CIA apoiou as tribos Hmong, produtores de ópio no Laos, para que fossem a resistência aos comunistas no norte do Vietnã, ela não só ajudou a instalar laboratórios como forneceu meios – aeronaves, helicópteros e barcos – e diretamente auxiliou o transporte de heroína ao Vietnã do Sul e Tailândia onde elites locais também tiravam sua parte (DAVENPORT.HINES, 2012, pos. 8226-8232). A CIA também pressionava por leis mais rígidas no front doméstico porque estas faziam o preço da droga subir e, portanto, valorizar as atividades contra-revolucionárias no Triângulo Dourado (DAVENPORT.HINES, 2012, pos. 8243).

Esse plano deliberado da CIA inundou os Estados Unidos de heroína durante os anos sessenta e setenta, elevou o uso de heroína entre soldados, que ironicamente levou à declaração de “guerra às drogas” de Nixon, uma guerra na qual os próprios criadores do problema da guerra declaram-se cruzados contra ela.

Exemplos de estratégias como estas, aliás, não faltam, Turquia, França, Itália Coreia do Sul, Japão, Nigéria, Chile, Panamá etc. em maior ou menor medida são todos países em que o dedo geopolítico do Império Americano, conforme seus interesses, agiu em prol de traficantes e, portanto, na formação do mercado da droga de forma global. Não é difícil constatar que os Estados Unidos não são espectadores passivos do tráfico de drogas no mundo, mas agentes proativos que regulam o tráfico conforme seus interesses.

The conspicuous (and rarely acknowledge) fact that backdoor aspects of U.S. policies have been a major causal factor in today's drug flows does not of course mean that the United States has control over the situation it has produced. What it does indicate is that repeatedly [...] 'drug control evidently became subordinate to larger strategic goals.'⁹² (SCOTT, 2010, p. 13)

Estes episódios não são ocasionais, mas se repetem em um esquema no qual os Estados Unidos pelos seus interesses geopolíticos e militares continuamente se aproveitam da ilicitude das drogas para beneficiar seus negócios e seus aliados e prejudicar os seus inimigos.

⁹² O fato notável (e raramente reconhecido) que aspectos clandestinos de políticas dos Estados Unidos têm sido um importante fator causal dos fluxos de drogas de hoje não significa, naturalmente, que os Estados Unidos têm o controle sobre a situação que produziram. O que isso indica é que repetidamente [...] 'o controle de drogas, evidentemente, tornou-se subordinado aos objetivos estratégicos maiores. (SCOTT, 2010, p. 13, *tradução nossa*)

Em outras palavras, a perspectiva de segurança internacional das drogas promovida pelas organizações militares americanas (serviço secreto, exército, indústrias etc.) não é apenas um desdobramento da segurança doméstica. É parte da estratégia de alcançar e manter a dominação global estadunidense no mundo.

The continuous involvement in the global drug connection [...] is not a self-contained activity extrinsic to the basic sociopolitical structure of America, but an integral cause and part of a larger war machine, an apparatus with a settled purpose fixed on achieving and maintaining global American dominance.⁹³ (SCOTT, 2010, p. 6)

Os episódios da defesa estadunidense em promover o tráfico de drogas em diversas regiões do mundo não são uma política de alguns agentes norte-americanos corruptos, mas uma estratégia que não necessariamente declarada publicamente dentro do propósito de reproduzir a sua dominação imperial.

Os Estados Unidos são a única grande potência a utilizar sistematicamente a guerra contra as drogas como instrumento de seu intervencionismo. Outros países têm, pelo contrário, a tendência a *não considerar* o fator droga quando ele entra em contradição com seus interesses geoestratégicos ou econômicos. (LABROUSSE, 2010, p. 133-134, grifos do autor)

Aparentemente a segurança internacional da DEA com a CIA são contraditórias, uma pretende que cada país leve adiante uma política de encarceramento para as drogas, enquanto a outra, quando necessário, estimula a produção de drogas para fins geopolíticos e militares. Só que a contradição é apenas aparente, no fundo, elas são complementares. Por meio de funções diversas ambas almejam o mesmo objetivo.

⁹³ O envolvimento contínuo na conexão mundial das drogas [...] não é uma atividade auto-contida extrínseca à estrutura sociopolítica básica dos Estados Unidos da América, mas uma causa integrante e parte de uma ampla máquina de guerra, um aparelho com um propósito estabelecido fixado em alcançar e manter o domínio global estadunidense. (SCOTT, 2010, p. 6, *tradução nossa*)

5 CONCLUSÃO

Como se pode observar a proibição as drogas esconde funções latentes que não são declaradas, mas estão desde o início e que levam adiante a proibição. Isto é notório nos Estados Unidos, onde, como tentamos demonstrar, é possível compreender de forma mais abrangente a gênese e reprodução do proibicionismo. É nos Estados Unidos que podemos ver as duas grandes fases do proibicionismo de drogas: antes da década de sessenta e depois.

No período anterior a marginalização do uso de drogas mantinha o problema afastado das outras questões sociais. O consumo era atitude de marginalizados e, como tal, era um tema de marginalizados sobre o qual o poder punitivo do Estado não tinha muitos empecilhos para reprimir.

Da mesma forma em relação à política internacional desse período, os Estados Unidos buscavam Convenções mais repressoras porque estas auxiliavam seu impulso imperial contra as outras potências. Porém, depois dos anos sessenta as convenções de drogas não visam mais enfrentar as outras potências, mas reforçar o predomínio estadunidense no mundo, torna-se uma política internacional endêmica do imperialismo norte-americano, que está presente desde a Guerra do Vietnã, passando pelo plano Colômbia e inclusive na guerra pelo Afeganistão.

No período interno, os anos sessenta tornam a questão do uso de drogas um problema de toda a sociedade. Por estes motivos respostas esdrúxulas, como a *ideologia de la diferenciación*, são criadas: com o objetivo de imunizar alguns e criminalizar outros. Só que mesmo essa imunização penal cria ônus para os usuários, na medida em que os força a tratamentos psiquiátricos e exames toxicológicos (nos colégios, espaços de trabalho etc.).

Essas tendências internas e externas do proibicionismo não são explicadas somente por razões culturais, na verdade existe uma forma melhor de explicar a proibição de drogas, esta forma é a *política*. Como política global, legislativamente fundada, são quatro os pilares sobre os quais o proibicionismo se reproduz.

Estes fundamentos podem ser vistos claramente na história da proibição das drogas. No entanto, não são declarados. Os fins reais da política de proibição de drogas não corresponde aos fins declarados dessa política.

O fundamento moralista é arraigado em duas bases, de um lado a religião cristã – com um peso maior no lado do protestantismo – e de outro lado no paternalismo do Estado em relação aos cidadãos.

No âmbito da estrutura do sanitarismo, o terapeutismo é, certamente, um pilar que é beneficiado pelo proibicionismo das drogas para fundar as noções de normalidade e anormalidade (dependência). Mas não há como negar o benefício da indústria farmacêutica, com os exames laboratoriais e a elaboração de drogas sintéticas legais.

Um lado mais violento do proibicionismo pode ser visto na segurança pública, estrutura que escancara o racismo e discriminação da seleção penal, bem como o encarceramento de massas subproletárias simplesmente para a reprodução das necessidades do capital.

Aparentemente contraditório é o lado da segurança internacional, que se divide tanto na reprodução do capital imperial norte-americano pelas convenções de drogas e pelas agências de repressão internacional (entre outras a DEA). De outro lado estão os interesses do complexo industrial militar estadunidense que se aproveita da complexidade econômica e política das drogas para beneficiar os seus amigos/interesses e prejudicar seus inimigos. Na prática, para os fins bélicos norte-americanos, são intocáveis os produtores e traficantes de drogas, desde que estejam do lado certo da equação, independente de quanta droga a mais circulará por causa desses interesses. No fundo, os dois lados da segurança internacional têm o mesmo objetivo por caminhos diversos: reproduzir o poder imperial do Estados Unidos no mundo.

Um fato notório é que cada estrutura da política proibicionista se encadeia. Ou seja, não é possível pensar no pilar do sanitarismo sem considerar o fundamento moral da proibição, da mesma forma com a segurança pública e com a segurança internacional. Como elos de uma corrente, um fundamento depende do outro.

Também é verdade que esses fundamentos dentro de si mesmos brotam sua crítica e superação. O moralismo das drogas não se reduz à sua proibição, mas como bem demonstra Aldous Huxley, para aqueles que desejam consumir, existem motivos capazes de defender o uso de drogas. Um uso de drogas que ao invés de causar alienação possa ser emancipatório.

O mesmo ocorre em relação ao sanitarismo, a superação ao terapeutismo passa por deixar de lado o *psiquiatra* como *intermediador* e passar a enfrentar o

sistema de opressões como um todo. Ao invés de utilizar a psiquiatria como pelego para aliviar o choque entre opressor e oprimido é necessário mobilizar o oprimido contra a causa de sua opressão. Isso implica uma atitude anti-terapeutismo, anti-manicomial.

Em relação à segurança pública é claro que não basta superar o racismo próprio das classes abastadas, é necessário, antes, superar o sistema de justiça criminal como sistema criado para reproduzir as necessidades estruturais do capital. É necessário portanto uma ação abolicionista do Direito e do sistema de justiça criminal como um todo.

Finalmente, em relação à segurança internacional está claro que parte fundamental é enfrentar as convenções internacionais, mas este é um passo pequeno. Se os Estados Unidos pela ONU insistem constantemente que a relação entre os países deve ser de uma comunidade global, é necessário exigir que respeitem esses princípios de igualdade, respeito e fraternidade entre os Estados. Desmascarar os fins espúrios da proibição das drogas que os Estados Unidos se utilizam para esmagar os seus inimigos é parte de uma luta global contra o imperialismo estadunidense. Portanto, uma política anti-proibicionista é necessariamente anti-imperial.

De modo que se observarmos todos esses pilares veremos que há uma política capaz de dar conta de todos esses problemas com uma só tacada. Essa política é a legalização das drogas, como meio necessário para superar a política do proibicionismo que só produz desigualdade, opressão e violência.

Assim, para finalizar, em relação às hipóteses ventiladas: 1) a política de segurança pública de *drogas proibidas* não visa fins médico-sanitaristas declarados (i.e. proteção do dependente e das famílias); 2) os fins da política proibicionista não são apenas de segurança pública, pelo contrário, é possível observar na história da proibição ao menos mais três pilares: moral, sanitaria e segurança internacional; 3) a criminalização do uso de drogas constitui etapa necessária para a manutenção da política e filosofia proibicionista, não só porque está estampado nos tratados internacionais criminalizadores, mas porque a estrutura de segurança pública está entrelaçada com o moralismo, o qual acima de tudo condena o consumo de drogas.

6 BIBLIOGRAFIA

BARATTA, Alessandro. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal**: introdução à sociologia do Direito Penal. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2002, 256 p.

BARATTA, Alessandro. Introducción a la criminología de la droga. In: ELBERT, Carlos Alberto (Ed). **Criminología y sistema penal** (compilación in memoriam). Montevideo: B de F, 2004a. p. 122-138

BARATTA, Alessandro. Derechos humanos: entre violencia estructural y violencia penal. por la pacificación de los conflictos violentos. In: **Criminología y sistema penal**. Buenos Aires: B de F, 2004b, p.334-356

BARROS, André; PERES, Marta. **Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas**. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/view/3953>> Acesso em: 22 jul. 2013

BECKER, Howard Saul. **Outsiders**: estudos da sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008, 231 p.

BRASIL. Decreto-Lei Federal, Approva o regulamento para a entrada no paiz das substancias toxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatorio para toxicomanos, nº 14.969/1921. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=14969&tipo_norma=DEC&data=19210903&link=s> Acesso em: 13 nov. 2011a

_____. Decreto-Lei Federal, Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Justiça, e dá outras providências, nº 6.061 /2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6061.htm> Acesso em: 13 nov. 2011b

CARNEIRO, Henrique. Transformações da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.).

Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte:

Editora PUCMinas, 2005. p. 11-27

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil** (Estudo

Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06). 5. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris,

2010. 343 p.

ANIYAR, Lola Aniyar de Castro. **Criminologia da reação social**. Trad. Ester

Kosovski. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1978.

CHOUVY, Pierre-Arnaud. Southeast asia’s thriving drug trade. In: **World Politics**

Review. Feature Report. Kindle Edition. Oct, 25, 2011. pos. 5-159.

CORLEY, T.A.B. **The British Pharmaceutical Industry Since 1851**. Disponível em:

<<http://www.reading.ac.uk/Econ/Econ/workingpapers/emdp404.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2013

COURTWRIGHT, David T. **Forces of habit**: drugs and the making of the modern

world. Cambridge (USA): Harvard University Press, 2002, 277 p.

DAVENPORT-HINES, Richard. **The pursuit of oblivion**: a social history of drugs.

Seattle (USA): Phoenix; Kindle Edition, 2012, 432 p; 13059 pos.

DEA (USA Department of Justice). **DEA History in Depth 1970-1975**. Disponível

em: <<http://www.justice.gov/dea/about/history/1970-1975.pdf> > Acesso em: nov.

2013a

DEA (USA Department of Justice). **FY 2013 Performance Budget Congressional**

Submission. Disponível em: <<http://www.justice.gov/jmd/2013justification/pdf/fy13-dea-justification.pdf>> Acesso em: nov. 2013

DEPEN. **Sistema penitenciário no Brasil**: Dados Consolidados, 2008. Disponível

em:

<<http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=0CB8QFjAC&url=http>

%3A%2F%2Fportal.mj.gov.br%2Fservices%2FDocumentManagement%2FFileDownload.EZTSvc.asp%3FDocumentID%3D%257B0B7E6B14-986A-40A3-A27E-1F604FB2AF41%257D%26ServiceInstUID%3D%257B6DFDC062-4B57-4A53-827E-EA2682337399%257D&ei=mxdcTor5Os2Dtgrxa2VDA&usg=AFQjCNGY5LXhNK1vmR34Og0NCCI7QnmTpQ&sig2=SaK1Oolwj87lpzHzs1yZ2w> Acesso em: 29 ago. 2011. 55 p.

DIAS, Andréa Costa. **Estudo longitudinal que acompanhou o percurso de dependentes de crack ao longo de 12 anos:** perfil, evolução da coorte, trajetórias de consumo e principais desfechos após a alta de um episódio de internação. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica. 2010 Disponível em:

<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/TESE%20ANDREA%20DIAS_Estudo%20Longitudinal%20que%20Acompanhou%20o%20Percurso%20de%20Dependentes%20de%20Crack%20ao%20longo%20de%2012%20anos.pdf> Acesso em: Nov. 2013

EUA (Government Accountability Office), **Mérida Initiative:** The United States has provided counternarcotics and anticrime support but needs better performance measures, July 2010. Disponível em: <www.gao.gov/assets/310/307523.pdf> Acesso em: Nov. 2013a

EUA (Government Accountability Office). **Afghanistan drug control.** Strategy Evolving and Progress Reported, but Interim Performance Targets and Evaluation of Justice Reform Efforts Needed, March 2010. Disponível em: <<http://www.gao.gov/new.items/d10291.pdf>> Acesso em: Nov. 2013b

EUA (Government Accountability Office). **Plan Colombia:** Drug Reduction Goals Were Not Fully Met, but Security Has Improved; U.S. Agencies Need More Detailed Plans for Reducing Assistance, October 2008. Disponível em: <www.gao.gov/new.items/d0971.pdf> Acesso em: Nov. 2013c

EUA (Government Accountability Office). **Status of Funding for the Central America Regional Security Initiative**, January 2013. Disponível em:
<<http://www.gao.gov/assets/660/651675.pdf>> Acesso em: Nov. 2013d

EUA (State Department). **International Narcotic Control Strategy Report (INCSR): Volume I, drug and chemical control**, March 2013. Disponível em:
<<http://www.state.gov/documents/organization/204265.pdf>> Acesso em: 2013, 318 p.

EUA (White House – Ronald & Nancy Reagan). **Address to the Nation on the Campaign Against Drug Abuse**: September 14, 1986. Disponível em:
<<http://www.reagan.utexas.edu/archives/speeches/1986/091486a.htm>> Acesso em: 13 nov. 2013a

EUA. **Foreign Relations Authorization Act**. Section 706. International drug control certification procedures. Disponível em:
<<http://www.law.cornell.edu/uscode/text/22/2291j-1>> Acesso em: Nov. 2013b

EUA. **In Congress, July 4, 1776**: The unanimous Declaration of the thirteen united States of America. Disponível em:
<http://www.archives.gov/exhibits/charters/declaration_transcript.html> Acesso em: 12. 13 nov. 2013c

EUA. Suprema Corte dos Estados Unidos da América. **Robinson v. California**. Disponível em:
<http://www.law.cornell.edu/supct/html/historics/USSC_CR_0370_0660_ZO.html> Acesso em: 14 set. 2011d

EUA. Suprema Corte dos Estados Unidos da América. **U.S. v. Forty barrels and twenty kegs of Coca-Cola**, 241 U.S. 265 (1916). Disponível em:
<<http://caselaw.lp.findlaw.com/cgi-bin/getcase.pl?friend=nytimes&court=us&vol=241&invol=265>> Acesso em: 11 nov. 2013e

FELBAB-BROWN, Vanda. War and drugs in Afghanistan. In: **World Politics Review**. Feature Report. Kindle Edition. Oct, 25, 2011, pós 336-510.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005. p. 257-290

FONSECA, Vilma Aparecida da Silva; LEMOS, Tadeu. Farmacologia na dependência química. In: DIEHL, Alessandra *et alli*. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 25-34

FRIEDMAN, Milton. **The Drug War as a Socialist Enterprise**. Adaptado das notas de Milton Friedman apresentado na Quinta Conferência Internacional sobre Reforma da Política de Drogas em Washington, D.C. (EUA) em 16 de novembro de 1991. Disponível em: <<http://www.druglibrary.org/special/friedman/socialist.htm>> Acesso em: nov. 2013

GIAMBERARDINO, André Ribeiro. Tráfico de drogas e o conceito de controle social: reflexões entre a solidariedade e a violência. In: **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, v. 18, n. 83, mar./abr., 2010, p. 185-236.

GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos: prevenção-repressão**: comentários à Lei nº. 6.368, de 21-10-1976, acompanhado da legislação vigente e de referência e ementário jurisprudencial. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 1991. 440 p.

HUXLEY, Aldous. **The doors of perception and heaven and hell**. Seattle (EUA): Kindle Edition. 91 p.

HYLTON, Forrest. **A revolução colombiana**. São Paulo: Ed. UNESP, 2010. 190 p.

MACCOUN, R. J.; REUTER, P. **Drug war heresies**: learning from other vices, times, and places. New York (USA): Cambridge University Press, 2009. 479 p.

MARQUES, Ana C. P. R.; ZALESKI, Marco. Redução de danos: é possível utilizar essa estratégia terapêutica no Brasil? In: DIEHL, Alessandra *et alli*. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 340-345

MARX, Karl. **Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie. Einleitung**. Disponível em: <http://www.mlwerke.de/me/me01/me01_378.htm> Acesso em: 11 Nov. 2013

MATZA, David; MORGAN, Patricia. Controlling drug use: the great prohibition. In: BLOMBERG, Thomas G. COHEN, Stanley. **Punishment and social control**. 2ª Ed. New Jersey (EUA): Aldine Transaction, 2011. p. 252-266 2011, p. 133-145.

McALLISTER, William B. **Drug diplomacy in the twentieth century**: an international history. New York (EUA): Routledge (Kindle Edition), 2002, 347 p.

MILL, John Stuart. **On Liberty**. Seattle (EUA): Kindle edition, 2011, 100 p.

MUSTO, David F. **The american disease**: origins of narcotic control. 3. ed. New York (USA): Oxford University Press, 1999. 414 p.

_____. **The history of legislative control over opium, cocaine, and their derivatives**. Disponível em: <<http://www.druglibrary.org/schaffer/History/ophs.htm>> Acesso em: 31 nov. 2010.

NIEL, Marcelo. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: DIEHL, Alessandra *et alli*. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 139-142

NIXON, Richard. **Special Message to the Congress on Drug Abuse Prevention and Control**. 17 de junho de 1971. Disponível em: <<http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=3048>> Acesso em: nov. 2013

NUTT, David. **Drugs without the hot air**: minimising the harms of legal and illegal drugs. Cambridge (England): UIT (Kindle Edition), 2012, 356 p.

OLMO, Rosa del. **La cara oculta de la droga**. Santa Fe de Bogotá (Colombia): Editorial Temis S.A, 1998. 88 p.

_____. **La socio-política de las drogas**. Caracas (Venezuela): Universidad Central de Venezuela, FACES, 1975. 126 p.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados**. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm> Acesso em: nov. 2013

PASSETTI, Edson. **Das 'fumeries' ao narcotráfico**. São Paulo: Educ, 1991. 156 p.

PELLENS, M.; TERRY, C. E. **The opium problem**. Montclair (USA): Patterson Smith, 1970. 1042 p.

PERRENOUD Luciane Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, Alessandra et alli.

Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 43-48.

RAMIREZ, Juan Bustos. **Coca-cocaína: entre el derecho y la guerra** (Política criminal de la droga em los países andinos). Santa Fe de Bogotá (Colombia): Temis S.A, 1996. 144 p.

RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

PERU. **Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2012 – 2016**. Disponível em:

<http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/11793/PLAN_11793_Estrategia_Nacional_de_Lucha_contra_las_Drogas_2012-2016_2012.pdf> Acesso em: Nov. 2013. 65 p.

RODRIGUES, Thiago. Drogas, Proibição e a Abolição das Penas. In: PASSETI, Edson (Org.). **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 131-151.

_____. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005. p. 291-310

ROXIN, Claus. **Estudos de direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. 239 p.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito Penal – Parte Geral**. 4ed. rev., ampl. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010. 697 p.

SZASZ, Thomas S. **The myth of mental illness**: foundations of a theory of personal conduct. Nova Iorque: HarperCollins e-books (Kindle Edition), 2011, 329 p.

SCHEERER, Sebastian. **Curso ministrado no Instituto de Criminologia e Política Criminal**: tendências atuais na teoria criminológica, na sociologia jurídica e no sistema penal. Curitiba, 11 nov. 2010.

_____. Economia dirigida e perspectiva da política de drogas. In: **Discursos sediciosos**: crime, direito e sociedade, Rio de Janeiro, Revan, v. 9, n. 14, 1º e 2º sem. 2004. p. 105-115

SINHA, Jay. **The history and development of the leading international drug control conventions**. Disponível em:
<<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/library/history-e.pdf> > Acesso em: 5 set. 2011. 43 p.

STREATFIELD, Dominic. **Cocaine: an unauthorized biography**. Londres: Virgin, 2001. 510 p.

UNODC. **The Shanghai Opium Commission**. Disponível em:
<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1959-01-01_1_page006.html> Acesso em: 5 set. 2011

UNODC. **World Drug Report 2013**. Disponível em:
<http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf> Acesso em: Nov. 2013. 151 p.

WACQUANT, Loic. **Punir os pobres**: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos [a onda punitiva]. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2007. 474 p.

ZANELATTO, Neide. Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência química. In: DIEHL, Alessandra *et alli*. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 252-266